By: Mohammed Abu Yousef Psychologist In South Area - UNRWA " C.M.H.P "

كتاب الصحة النفسية للجميع

"حيث لا يوجد طبيب نفسي"

تأليف: فيكرام باتِل

الطبعة العربية المعدّلة الأولى



m.abu-yousef@hotmail.com

كتاب الصحة النفسية للجميع

«حيث لا يوجد طبيب نفسي»



كتاب الصحة النفسية للجميع

«حيث لا يوجد طبيب نفسي»

تأليف: د. فِيْكرام باتِل

الرسوم: ويلْسون ديسوزا

مراجعة وتعديل الطبعة العربية:

شركاء برنامج الصحة النفسية الإقليمي في «ورشة الموارد العربية»:

– د. هالة إسبانيولي، مركز الطفولة، فلسطين
– د. حمدي إسحق، جمعية الصعيد، مصر
– د. إلهام الحاج حسن، الجامعة اللبنانية، لبنان
– د. معن عبد الباري قاسم، الجمعية اليمنية للصحة النفسية، اليمن
– د. محمد العبوشي، اتحاد لجان الإغاثة الفلسطينية، فلسطين
– مراد عمرو، مركز الارشاد الفلسطيني، فلسطين
– زهيرة قاضي، مركز الارشاد الفلسطيني، فلسطين
– د. عبد الحميد كابش، مصر

راجع فصل الأدوية: ناديا دلول و د. غسان عيسى

فريق المشروع: علا عطايا ، د. غسان عيسى، غانم بيبي وساره أبو غزال

مدير التحرير: غانم بيبي



كتاب الصحة النفسية للجميع – «حيث لا يوجد طبيب نفسي»
الطبعة العربية المعدّلة الأولى، ٢٠٠٨. جميع حقوق الطبعة العربية محفوظة.
فريق المشروع: عُلا عطايا، د. غسان عيسى، غانم بيبي، ساره أبو غزال.
المراجعة الطبية: د. علي رشيد ود. غسان عيسى وعُلا عطايا. مراجعة لغوية: محمد حمدان
مدير التحرير: غانم بيبي. الترجمة: كلود شلهوب وكلارا جعلوك.
الغلاف: لانا ضاهر. التنفيذي الفني: أحمد برجاوي
رقم الكتاب الدولي المتسلسل للطبعة العربية: ISBN: 972-9953-460-09-4
جرى تطوير الطبعة العربية واصدارها بدعم من المجلس النروجي للصحة النفسية www.psykiskhelse.ne
الناشر: ورشة الموارد العربية،
ص.ب.: ٥٩١٦ / ١٣، بيروت – لبنان، الهاتف: ٧٤٢٠٧٥–١ (٩٦١ +)، الفاكس: ٧٤٢٠٧٧–١ (٩٦١+)
البريد الإلكتروني: arcleb@mawared.com.lb الموقع: www.mawared.org

This is a revised Arabic edition of "*Where There is No Psychiatrist*", by Vikram Patel. published by the Royal College of Psychiatrists (RCP), 2003. ISBN 1-901242-75-7.
Revised for the Arab world and published by the Arab Resource Collective (ARC), under a special agreement with The Royal College of Psychiatrists.
Funded by the Norwegian Council for Mental Health (NCMH). www.psykiskhelse.no
Arabic editition ISBN: 972-9953-460-09-4

Project team of the Arabic edition: Dr. Ghassan Issa, Ola Ataya, Ghanem Bibi and Sarah Abou Ghazal.
Medical revision: Dr. Ghassan Issa, Dr. Ali Rasheed and Ola Ataya.
Editor: Ghanem Bibi.
A full digital edition is available on ARC's website: www.mawared.org

For copies or information: ARC, P.O.Box 13-5916, Beirut - Lebanon; or ARC, P.O.Box 27380, Nicosia - Cyprus.
E-mail: arcleb@mawared.org; www.mawared.org

إهداء



إهداء الطبعة الأصلية:

إلى أبي ووالديَّ لأنهما غرسا في نفسي متعة التعلّم.
وإلى معلميّ، وخصوصاً: طوني هوب، ألهوين ليشمان، وأنطوني مان، وأشيت شيت وموهان إسحق
لأنهم غرسوا في نفسي متعة التعليم.

فيكرام باتل

إهداء الطبعة العربية:



إلى ذكرى «تْريْغْفِه نِيْلكه»،
١١/٩/١٩٤٤ – ٨/٥/٢٠٠٨

To the memory of Tryggve Nelke,
1944 - 2008

ساهم تْرِيْغْفِه نِيْلكه، الذي أدار برامج المنظمة السويدية لرعاية الطفولة في المنطقة العربية، ١٩٩٤ – ٢٠٠٠، مساهمة لا تُقدّر بثمن في إدخال مفاهيم ومبادئ حقوق الأطفال والشباب، وتحويلها إلى واقع. سويدي المولد، جنوبي الوجدان، كونيٌّ في أحلامه. درس في بلاده ولكنه أمضى معظم حياته المهنية عاملاً وساكناً في «بلدان الجنوب»، في أفريقيا وآسيا، وفي اليمن ولبنان. أحلامه بعالم عادلٍ جديد دفعته إلى العمل على تطوير التعاونيات والخدمات مع فقراء الفلاحين والصيادين وتعليم الكبار وعلى المناداة بحقوق الأطفال والكبار وتحويلها إلى واقع. مناضل دؤوب، يبني عمله على الصداقة والحكمة الجماعية.

ورشة الموارد العربية

«كلّ بذرة تسقط على الأرض وتموت من أجل أن تحيا شجرة باسقة».

المحتويـات

الإطارات والجداول

الإطارات

الجداول

تقـديم

توجّه ديفيد ورنَر، وهو من الأشخاص الذين لديهم خلفيّة في التعليم المدرسيّ، إلى جبال المكسيك لرسم النبات، فوجد أنّ الناس هناك محرومون من أي شكل من أشكال الرعاية الصحيّة العلميّة، وأنّهم يُستغلّون عندما يأخذون المرضى إلى العاملين الصحيّين. وفي سنة ١٩٧٧، صدرت النسخ الأولى من كتاب «حيث لا يوجد طبيب»[١] بالإسبانيّة بمساعدة بعض زملائه في القطاع الصحيّ، وسرعان ما تلتها الطبعة الإنكليزيّة. وقد لبى هذا الكتاب حاجّة ماسّة بحيث ترجم إلى أكثر من ١٠٠ لغة. وما من كتاب آخر عن الصحّة حظي باستخدام واسع من قبل الأهل والعاملين الصحيّين والممرّضات والمساعدين الصحيّين وحتى الأطبّاء. تعتمد احتياجات الصحّة الجسديّة والنفسيّة والاجتماعيّة والبيئيّة بعضها على البعض الآخر. ويؤثّر اضطراب أحدها على الكل. ومع ذلك، أدرك ورنَر أنّ مهنة العمل الصحي على العموم تميل إلى الانقسام إلى أجزاء مستقلّة، وأنّ الأطبّاء يجهلون تقريباً كيف يساعدون من يعاني عجزاً جسديّاً ومشكلات في الأسنان والصحة النفسية. شرع ديفيد ورنر في تلبية هذه الحاجة ووضع كتاب «الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصّة في القرية»[٢]. وباستخدام هذا الكتاب، يستطيع من حصل على تعليم ثانويّ فحسب تعلّم كيفيّة تلبية احتياجات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصّة المتعدّدة. حثّ ديفيد ورنر أيضاً على وضع كتاب شهير آخر «حيث لا يوجد طبيب أسنان»[٣]. غير أنّ احتياجات الذين يعانون مشكلات صحية نفسية كانت أصعب، ولم يجر حتى الآن تلبيتها إلى حدّ كبير. لكن كتاب فيكرام باتل «حيث لا يوجد طبيب نفسي» يلبّي هذه الحاجة الآن بشكل رائع.

كثيراً ما يحضر إلينا أعضاء يائسون، من أسرٍ وأفراد، أطفالاً كانوا أو مراهقين – في الغالب – وكذلك آباء أو أمّهات أو جدود أو جدّات أيضاً، وقد أصابهم اكتئاب أو عدوانية أو إدمان على الكحول أو المخدرات، بل وحتى ميول انتحاريّة. لو كان هذا الكتاب متاحاً لهم، لكان هؤلاء الأفراد قد تلقّوا علاجاً أفضل بكثير. ولعلّ الحاجة إلى هذا الكتاب اليوم أكبر من ذي قبل، مع الأسف. ففي هذا العصر الذي يسوده الجشع المعولم وتراجع التعاطف والتراحم الجماعيّ، أصبح الاضطراب النفسي مصدر قلق متزايد. فقد أخذت البنى الاجتماعيّة التقليديّة تتآكل باسم التنمية الاقتصاديّة. وأخذ المزيد من الأشخاص يفقدون الإحساس بالانتماء والمعنى والأمل، وهي المتطلّبات الأساسيّة للصحّة النفسية. ويجد الشرّ في العديد من المجتمعات فرصة للكسب من خلال انتشار المخدّرات. وغالباً ما لا تقدّر المجتمعات مخاطر الإدمان حقّ قدرها، وخصوصاً في ما يتعلّق بإدمان النيكوتين الذي يقال إنّ علاجه لا يقلّ صعوبة عن علاج إدمان الهيروين. وقد زاد قدوم الإيدز مشكلات الصحة النفسية كثيراً في المجتمع. فالإيدز يؤدّي إلى إنكار المصابين والخجل منهم والتمييز ضدّهم. في البرنامج العالميّ «من طفل إلى طفل»، يُسأل الأطفال عما يعتبرونه يمثّل المشكلات الصحيّة الكبرى في مجتمعهم. ربما كانوا أجابوا قبل عقد من الزمن أنّه الإسهال وذات الرئة وسوء التغذية، لكنّهم يجيبون الآن في العديد من المجتمعات أنّه «العنف داخل الأسر وخارجها». وهذا العنف دليل على التمزّق في مجتمعاتنا. وهذا الكتاب يقطع شوطاً طويلاً في إظهار لماذا يحدث ذلك، وربما في إظهار الخطوات التي يمكن اتخاذها للتغلّب عليه.

تحاول «جمعيّة الوسائل التعليميّة بتكلفة متدنّية» (تالكْ TALC) منذ عدّة سنوات تشجيع مختلف المجموعات التي لديها تجربة في هذا الحقل على سدّ هذه الفجوة المهمّة. ويعرف الذين يعملون على مستوى المجتمعات المحليّة أهميّة مشكلات الصحة النفسية. وتوحي الأبحاث بأنّ المشكلات النفسيّة هي السبب الرئيسيّ للمشكلات الصحيّة لدى ٤٠٪ ممن يتوجّهون إلى المراكزّ الصحيّة.

لقد استلهم الدكتور فيكرام باتل نهج الرعاية الصحيّة الذي طوّره ديفيد ورنر في كتاب «حيث لا يوجد طبيب أسنان» والمطبوعات التي تلته. وفي سنوات خدمته العديدة في زيمبابوي والهند، أدرك الحاجة إلى كتاب يلبّي احتياجات العاملين الصحيّين في العديد من المستويات عندما يواجهون مجموعة منوّعة من مشكلات الصحة النفسية في أثناء المعالجة السريريّة. وهو يقدّم في كتابه الفهم الآسيويّ والإفريقيّ لمشكلات الصحة النفسية. وغالباً ما شعرت بوجود حاجة شديدة إلى دليل سهل الفهم عن كيفيّة التعامل مع الاضطرابات النفسية الشائعة (وحتى غير الشائعة). وقد حضّينا منذ سنوات، أنا وديفيد ورنر، أطبّاء الصحة النفسية على كتابة مثل هذا الدليل. وأخيراً حصلنا على هذا الكتاب الشامل جدّاً وسهل الاستخدام في الوقت نفسه: «حيث لا يوجد طبيب نفسيّ». ونحن نهنّئ الدكتور فيكرام باتل على جمع المعلومات التي يوجد حاجّة ماسّة إليها في كل أنحاء العالم، ووخصوصاً في البلدان الفقيرة حيث يندر الاختصاصيّون في الصحة النفسية. ونهنّئ الناشرين على اتخاذ الخطوات اللازمة لتوفير الكتاب بسعر ميسور بل أدنى بكثير من أسعار معظم الكتب في الحقل الصحيّ.

د. ديفيد مورلي

مدير مؤسسة الوسائل التعليميّة بتكلفة متدنّية (تالْك)
(أحد مؤسَّسَي نهج من طفل إلى طفل، واستاذ
الأمراض الاستوائية، جامعة لندن، سابقاً)

---

(١) «Where there is no Doctor» صدر بالعربية عن «ورشة الموارد العربية» تحت عنوان «كتاب الصحة لجميع الناس – حيث لا يوجد طبيب». النص الكامل على www.mawared.org

(٢) «Disabled Village Children» صدر بالعربية عن «ورشة الموارد العربية» تحت عنوان: «رعاية الأطفال المعوقين».

(٣) «Where there is no Dentist» صدر بالعربية عن «ورشة الموارد العربية» تحت عنوان: «مرشد العناية بالأسنان – حيث لا يوجد طبيب أسنان».

تمهيد

تشمل الصحّة بمعناها الأوسع الصحّة الجسدية والنفسية. ومع أنّ العديد من العاملين الصحيّين يوافقون على هذا المفهوم الواسع للصحّة، إلا أنّ التركيز ينصبّ بشكل رئيسيّ على الصحّة الجسدية في الواقع. وثمة أسباب عديدة لذلك. ولعل السبب الأهم هو أنّ العاملين الصحيّين لا يعرفون الكثير عن الصحة النفسية وبالتالي لا يرتاحون إلى التعامل مع مشكلات الصحة النفسية. لكن وعي مختلف أنواع الاضطرابات النفسية ازداد في السنوات الأخيرة. وأصبح العديد من العاملين الصحيّين أكثر اهتماماً بالتعامل مع هذه المشكلات. وقد تبيّن أنّ الاضطرابات النفسية شائعة، وتحدث في كل المجتمعات وفي كل فئات المجتمع. ونحن نعلم الآن أنّ الاضطرابات النفسية تسبّب معاناة كبيرة وعجزاً. وتبيّن أنّ الاضطرابات النفسية تحدث عند الأطفال والمسنّين والأمّهات، فضلاً عن البالغين، على العموم. ولم تعد الصحة النفسية موضوعاً للاختصاصيّين، بل هي تشكّل في الواقع جانباً أساسيّاً من الرعاية لكل العاملين الصحيّين في كل المجتمعات. ومن الضروريّ أن يكون العامل الصحيّ ملمّاً جدّاً بالاضطرابات النفسية، بقدر إلمامه بالأمراض الجسديّة. وقد أنجزنا هذا الدليل ونحن نضع هذا الهدف نصب أعيننا.

لماذا هذا الدليل؟

كُتب هذا الدليل لسببين رئيسيّين. الأول، عدم وجود أدلّة عمليّة سريريّة للرعاية الصحيّة النفسية مخصّصة للعاملين الصحيّين العامّين – ومنهم الأطباء. حيث تركّز الأدلّة الموجودة اهتمامها التامّ على الاختصاصيّين الطبيّين أو أنّها تتخذ شكل نشرات محليّة، وتفتقر، بالتالي، إلى العمق. والسبب الثاني أنّني أدركت في أثناء سنيّ عمليّ في البلدان النامية أنّ العقبة الكبرى أمام تحقيق هدفنا المشترك للصحّة النفسية للجميع هي لغة الطبّ النفسانيّ التي تتزايد تعقيداً وتقنيّة. وقد سعيت إلى تحطيم الجدار الذي بناه الطبّ النفسانيّ حول نفسه، بغية تحرير الصحة النفسية من إسارها. وآمل في أثناء ذلك أن يفيد هذا الدليل في تفعيل قدرات العاملين الصحيّين ليكتسبوا الثقة في التعامل مع الاضطراب النفسي.

من هو قارئ هذا الدليل؟

أخذت احتياجات العامل الصحيّ العامّ في الحسبان عند كتابة هذا الدليل. فمن عساه يكون هذا العامل؟ إنه يمكن أن يشمل أي شخص يعمل في موقع للرعاية الصحيّة، أو يعمل مع «المرضى»، لكنّه يفتقر إلى التدريب الخاصّ للعمل مع الأشخاص الذين يعانون اضطراباً نفسيّاً. وبالتالي، يمكن أن يستخدم هذا الدليل العامل أو المرشد الصحيّ في المجتمع المحليّ، وممرّضة الرعاية الصحيّة الأوليّة، والعامل الاجتماعيّ، والطبيب العامّ. ولهذه المجموعة المنوّعة من العاملين الصحيّين مستويات مختلفة من التدريب والمهارات. غير أنّهم يشتركون جميعاً في الغالب بتدنّي مستوى إلمامهم بالأمراض النفسية وعلاجاتها. ونظراً لأنّ العلاج «الطبيّ» لمعظم الاضطرابات النفسية سهل نسبيّاً، فإنّه موضوع يمكن تعميمه على العاملين الصحيّين الطبيّين وغير الطبيّين في وسط مماثل. ربما يجد بعض القرّاء بالطبع هذا الدليل سهلاً جدّاً، في حين قد يجده البعض الآخر معقّداً جدّاً. لكنّني آمل أن يجده معظمهم سهلاً وأن يستخدموه في عملهم السريريّ اليوميّ.

أين يقدّم هذا الدليل الفائدة القصوى؟

نظراً لوجود اضطرابات نفسية متماثلة في كل المجتمعات، فهذا الدليل يمكن أن يكون مفيداً في كل أنحاء العالم. لكن من الواضح أنّ منطقة استخدامه الرئيسيّة هي العالم النامي. ومع أنّ هذا المصطلح يشمل أمماً ومجتمعات أكثر تنوّعاً واختلافاً من أمم العالم المتقدّم، فإنّ هناك العديد من المزايا التي تشترك فيها وتجعل هذا الدليل قابلاً للتطبيق فيها جميعاً. لا يوجد في غالبيّة البلدان النامية سوى القليل نسبيّاً من الاختصاصيّين في الصحة النفسية. بل يوجد في العديد من البلدان نحو طبيب نفسانيّ واحد لكل نصف مليون نسمة أو أكثر. ويمضي هؤلاء الاختصاصيّون القليلون في الصحّة النفسانيّة معظم وقتهم في رعاية المصابين باضطرابات نفسانيّة حادّة. ولا تشاهد الغالبيّة العظمى من الاضطرابات النفسية الشائعة في المراكز المتخصّصة. ومن الواضح في هذه الظروف أنّ الاختصاصيّين في الصحة النفسية لا يمكنهم البتّة تحقيق هدف توفير الرعاية الصحيّة النفسية للجميع. بالمقابل، يوجد في العديد من البلدان أعداد كبيرة من العاملين الصحيّين والأطبّاء العامّين الذين يشكّلون الصفّ الأول للرعاية الصحيّة النفسية.

من المزايا المهمّة الأخرى التي تشترك بها معظم المجتمعات النامية أنّ الطب النفسي، كاختصاص طبيّ، موضوع غريب استورد حديثاً نسبيّاً، نتيجة للحكم الاستعماريّ في الغالب. فالنظريّات التي يقوم عليها الطبّ النفساني ذات جذور عميقة في النظم الطبيّة الأوروبيّة والأميركية الشماليّة. وقد كان لذلك تأثير كبير على مسمّيات الأمراض النفسية وكيفيّة التعرّف إليها. لنأخذ الاكتئاب على سبيل المثال، مع العلم أنّ أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً في العالم، فإنّنا نعرف أنّه نادراً ما يشخّص، ناهيك عن معالجته، في العديد مراكز الرعاية الصحيّة العامّة. وسبب ذلك بسيط: قلّة من المرضى المصابين بالاكتئاب يشكون صراحة من شعورهم بالاكتئاب! بل إنّ العديد من اللغات غير الأوروبيّة تفتقر إلى مفردات «لأمراض» الاكتئاب والقلق. ويفرض ذلك تحدّيات على المهتمّين بتدريب العاملين الصحيّين على كيفيّة تشخيص هذه الاضطرابات وإدارتها. وأعتقد أنّه بدلاً من اتباع نهج تشخيصيّ من الأعلى إلى الأسفل، فإنّ اتباع نهج بديل قائم على الأعراض من الأسفل إلى الأعلى قد يكون من طرق الالتفاف على هذه العقبة.

النهج المتّبع

وهكذا، لكي يكون التدريب في مجال الاضطرابات النفسية واقعيّاً وعمليّاً، ثمة حاجة إلى اعتماد نهج عيادي قائم على معرفة المشكلات. ويشكّل التصنيف ICD-10 (*)الذي وضعته منظّمة الصحّة العالميّة مثالاً على مقدار نجاحنا في تعقيد تشخيص الاضطرابات النفسية. بل إنّ نسخة الرعاية الأوليّة تضمّ ٢٤ فئة من الاضطرابات النفسانيّة، وقلّة من العاملين الصحيّين لديهم الصبر الكافي للتعامل مع هذه اللائحة. إنّ النهج الذي اتبعته في هذا الدليل يبدأ بعروض عيادية شائعة أو مهمّة تضمّ مكوّناً للصحة النفسية ثمّ يحدّد كيفيّة التعامل مع هذه المشكلات. ويشكّل الفهم الأساسيّ لأشكال الصحة النفسية جوهر القسم الأول، نظراً لأنّ الأساس النظريّ البسيط ضروريّ لتدبّر أي مشكلة من مشكلات الرعاية الصحيّة. والنهج الثاني المتبع في هذا الدليل هو وصف المسائل الصحيّة النفسية ذات الصلة عند نشوئها في سياقات رعاية صحيّة خاصّة. فقد يجد العاملون الصحيّون أنفسهم يعملون في الغالب في مكان محدّد، ولنقل إنه عيادة للصحّة الإنجابية. ما هي مسائل الصحة النفسية ذات الصلة بهذا المكان؟ هذان النهجان القائمان على المشكلات والسياق هما ضربان أساسيّان محوّران عن النهج التقليديّ لكتابة أدلّة الصحة النفسية للعاملين الصحيّين العامّين. ويتيح القسم الرابع للمستخدمين إضفاء الصفة الشخصيّة على الدليل، بترك مجال لتدوين المعلومات ذات الصلة عن المنطقة المحليّة.

شكّلت كتابة هذا الدليل تحدّياً جسيماً لي. فقد اشتملت على قضاء عدّة شهور في محاولة استخراج المعلومات الأساسيّة من مجموعة كبيرة من المؤلّفات الأكاديميّة والسريريّة. ولم تتمّ الإشارة إلى هذه المؤلّفات

(*) المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض: تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية، ICD-10، منظمة الصحة العالمية، المكتب الاقليمي للشرق الأوسط، ١٩٩٩.

في المتن دعماً للتأكيدات الواردة. فهناك قاعدة أدلّة واسعة للمقاربات التي يوصي بها هذا الدليل، لكن هذا الكتاب لا يهدف إلى تعريف القرّاء بهذه الأبحاث. ويورد ثبت المراجع في نهاية الكتاب بعض المصادر العامّة.

علّمني الانغماس في كتابة المسوّدات وإرسالها إلى الأصدقاء والزملاء لمراجعتها، وتنقيحها هنا وهناك، ثمّ إعادة تنقيحها، وإعداد هذا الدليل، الكثير عن التعبير عن المسائل المعقّدة باللغة اليوميّة. وقد أشار بعض المراجعين بحقّ إلى أنّ لغة الموضوع قد لا تصل إلى كل أنواع العاملين الصحيّين. لكن تبيّن لي من خبرتي أنّ معظم العاملين الصحيّين في المجتمع وأطبّاء الرعاية الأوليّة لديهم مستوى متقدّم من الفهم الصحيّ. وقد حرصت، على الرغم من محاولتي المحافظة على بساطة اللغة ووضوحها، على ضمان ألا يصبح مضمون الدليل مبسّطاً جدّاً بحيث يخفق في إيضاح تنوّع مشكلات الصحة النفسية واختلافها في المجتمع. وأنا مدرك تماماً أنّ أهدافي، كطبيب نفسي أكاديميّ، قد تكون طموحة للغاية وأنّ أسلوبي قد لا يرضي كل قارئ. لكنّني آمل أن أتلقّى التعليقات والانتقادات بحيث يمكن في النهاية تحسين الدليل وتنقيحه لضمان وصوله إلى مزيد من القرّاء في كل أنحاء العالم.

فيكرام باتل (*)

غُووا (الهند)، نيسان/أبريل ٢٠٠١

vikpat@goatelecom.com
vikram.patel@ishtm.ac.uk

(*) فيكرام باتل: • محاضر في جامعة لندن London School of Hygiene and Tropical Medicine.
• محاضر شرف، معهد علم النفس العيادي في معهد الطب النفسي في لندن (Institute of Psychiatry).
• مؤسس مشارك: جمعية شانجات Sangath Society، جُوا–الهند.

شكر وتقدير

أجد لزاماً عليّ أن أعترف بفضل المصدر الملهم لهذا الدليل: «كتاب الصحة للجميع» («حيث لا يوجد طبيب»، تأليف ديفيد ورنر وكتابين رفيقين لاحقين هما: «رعاية الأطفال المعوقين»، (الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصّة في القرية) وهو من تأليف ورنَر أيضاً، و«كتاب الصحة لجميع النساء» (حيث لا يوجد طبيب نسائيّ) من تأليف بيرنز وآخرين (انظر المراجع). والكتب الثلاثة هي أمثلة كلاسيكيّة عن كيفيّة اختزال موضوع الرعاية الصحيّة من مجلّدات ضخمة إلى أدلّة تدريب عمليّة. ولكن، خلافاً للكتب السابقة، لا يستهدف هذا الدليل العاملين الصحيّين في المجتمع فحسب، بل الأطبّاء العامّين أيضاً.

وأودّ أن أشكر أيضاً الهيئات المموّلة التي دعمت بحثي، وبتلك الطريقة وسّعت آفاقي في خدمات الصحة النفسية حيث لا يوجد طبيب نفسي. وأخصّ بالذكر «بِيْت مديكال ترست»، و«وِلْكم تْرسْت»، و«مكارثْر فاونْديشن» لدعمهم السخيّ أثناء عملي في زيمبابوي والهند. وأخيراً، أود أن أشكر وِيلسون دسوزا، وهو رسّام من غُووا، على موهبته الفريدة وصبره على طلباتي المستمرّة المتعلّقة برسم الإيضاحات وإعادة رسمها. وأعبّر أيضاً عن شكري وامتناني للتعليقات القيّمة من المراجعين من كل أنحاء العالم الواردة أسماؤهم أدناه، وللنشرات وكتب الصحة النفسية الكثيرة التي شكّلت مصادر مهمّة للمعلومات. كما أعبّر عن تقديري أيضاً للدعم الذي قدّمته غاسْكل منذ البداية عندما قدّمت اقتراح الكتاب الأوليّ. وأخصّ بالذكر ديف جاغو، الذي لولا مساندته لما كنت سأكمل هذا العمل. وفي أثناء المراحل الأخيرة من تنقيح المخطوطة، كان لعبارات الدعم والتشجيع التي أغدقها ديفيد مورلي وديفيد وِرنر أبلغ الأثر في رفع معنويّاتي وصحّتي النفسية.

شارك في مراجعة الطبعة الانكليزية:

الدكتورة ميلاني أباس، نيوزيلندا؛ البروفسور ويلسون أكودا، زيمبابوي؛ الدكتور ريكاردوأرايا،تشيلي؛ الدكتور مارتن باسوغلو، المملكة المتحدة؛ البروفسور س. ر. تشاندراسيكار، الهند؛ البروفسور أندرو تشنغ، تايوان؛ الدكتور غوري ديفان، الهند؛ الدكتور سولفيغ إكبلاد، السويد؛ الدكتور ك. س. جاكوب، الهند؛ البروفسور س. كومار، المملكة المتحدة؛ الدكتور موريسيو سيلفا دي لاما، البرازيل؛ الدكتور بول ليند، الولايات المتحدة؛ الدكتور راجيف مينون، المملكة المتحدة؛ الدكتورة دب بال، المملكة المتحدة؛ الدكتور تشارلز باري، جنوب إفريقيا؛ الدكتور جاك بياشود، المملكة المتحدة؛ الدكتورة سوناندا راي، زيمبابوي؛ البروفسور برايان روبرتسون، جنوب إفريقيا؛ الدكتور شيكار ساكسينا، الهند؛ الدكتور ك. شاجي، الهند؛ الدكتورة نانديتا دي سوزا، الهند؛ البرفسور شوبا سريناث، الهند؛ البروفسورة لزلي سورتز، جنوب إفريقيا؛ الدكتور ر. ثارا، الهند؛ الدكتور تشارلز تود، زيمبابوي؛ الدكتور ماثيو فارغيز، الهند.

كما أشكر المراجعين المُغْفَلين الذين علّقوا على مقترح الكتاب الأصليّ والمخطوطة بأكملها.

فيكرام باتل

الطبعة العربية

تشكر «ورشة الموارد العربية» الوكالة النروجية للمؤسسات التنموية (NORAD) والمجلس النروجي للصحة النفسية(NCMH)، وهو منظّمة شاملة تضمّ كل الفعاليات الرئيسيّة ضمن ميدان العمل في إطار الصحّة النّفسيّة في النروج، ويتألّف من منظّمات إنسانية (مثل «الصليب الأحمر النروجي»، و«منظّمة مساعدة الشعب النروجي»)، ومنظّمات مستفيدة (مثل «الجمعية النروجية الوطنية لعائلات الأشخاص المصابين باضطرابات نفسية»)، والاتّحادات المهنية الرئيسية (مثل «جمعيات الممرّضين والأطباء»)، وكل الكلّيات والجامعات الرئيسية، على دعمهم المادي والعلمي وجهودهم الرامية إلى تعزيز الصحة النفسية على المستوى العالمي، لا سيما في البلدان العربية).

ونسجل هنا تقديراً خاصاً لجميع الذين شاركوا في ورش العمل التي راجعت الترجمة الأولى، الفريق الذي واكب مسار التطوير واقترح التعديلات العلمية والثقافية وساهم في قاموس المفردات والمصطلحات:

- د. هالة إسبانيولي، مركز الطفولة، فلسطين
- د. حمدي إسحق، جمعية الصعيد، مصر
- د. إلهام الحاج حسن، الجامعة اللبنانية، لبنان
- د. معن عبد الباري قاسم، الجمعية اليمنية للصحة النفسية، اليمن
- د. محمد العبوشي، اتحاد لجان الإغاثة الفلسطينية، فلسطين
- مراد عمرو، مركز الارشاد الفلسطيني، فلسطين
- زهيرة قاضي، مركز الارشاد الفلسطيني، فلسطين
- د. عبد الحميد كابش، مصر

ناديا دلول دققت صفحات الأدوية والجرع وحدّثتها، فإليها نهدي شكراً خاصاً.

وتشكر «الورشة» فريق المشروع وجميع الذين ساهموا في تحويله إلى واقع، وخصوصاً يوسف حجار والمترجِمة وكل من شارك في تنقيح النصوص والرسوم والتنفيذ الطباعي ...

مقدمة الطبعة العربية

تشكّل الصحة النفسية جزءا لا يتجزّأ من مفهوم الصحة الذي عرّفته منظمة الصحة العالمية في إعلان «ألما آتا» لمبادئ الرعاية الصحية الأوّلية (١٩٧٨) بأنه «حالة من اكتمال السلامة جسدياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرّد انعدام المرض أو العجز». وبذلك تصبح الصحة النفسية «حالة من العافية يمكن فيها للفرد استخدام قدراته وتعزيزها من أجل التكيّف مع أنواع الإجهاد العادية والعمل بتفان وفعالية والإسهام في مجتمعه». وبحسب هذا التعريف الإيجابي، فالصحة النفسية تمثّل الأساس اللازم لضمان العافية للفرد والجماعة والمجتمع وتمكين الجميع من تأدية وظائفهم بشكل فعال[١].

وقد شهدت الدراسات خلال العقدين الماضيين تطوّرا بارزاً من حيث الانتقال من التركيز على «الاضطرابات» إلى الاهتمام بكافة الجوانب التي تؤثّر على الصحة النفسية، الاجتماعية منها والسياسية والاقتصادية والصحية والثقافية وغيرها[٢]. وتتعلّق أكثر البيانات وضوحاً في هذا الصدد بمؤشرات الفقر، فمن المعروف أنّ الأعراض التي تدل على تنامي أشكال الحرمان الاجتماعي الاقتصادي، كمثل ازدياد عدد الناس دون خط الفقر، وتراجع مستويات الدخل والقدرة الشرائية، وانخفاض فرص التعليم ونوعيته، وتدني نوعية السكن، واستحكامها بالأفراد والمجتمعات ، إنما تشير إلى الأخطار الأساسية التي تهدد الصحة النفسية للأفراد والمجتمعات. بِدَورها، فإن انتشار عوامل مثل الشعور بعدم الأمان، وفقدان الأمل، والتحوّل الاجتماعي السريع، وانتشار العنف، وأشكال الاعتلال الجسدي... يمكن أن تُفسِّر زيادة تعرّض الفئات المحرومة في المجتمعات المحلية لاضطرابات الصحة النفسية.

بالمقابل. فالبيئة التي تحترم الحقوق المدنية والسياسية والاجتماعية الاقتصادية والثقافية هي الأرضية الأساسية لتطوير الصحة النفسية وتعزيزها، ومن الصعب الحفاظ على مستوى فاعل من الصحة النفسية من دون الأمن والأمان، والحرية، وتقدير الذات الإيجابي، والأمل، والمشاركة، والعمل المجدي وغيرها من مظاهر الحياة الإنسانية التي تكفلها تلك الحقوق.

فضلاً عن كل ذلك، فإن الشباب يواجهون ظواهر كثيرة تستحق دراسات نفسية اجتماعية قائمة بذاتها، خصوصاً في ظل «العولمة» الراهنة، منها متطلبات الشباب المستقبلية، والتحولات في التعليم والعمل وما تتطلبه من قدرات معرفية عالية، وفي القيم الاجتماعية المستجدة وما تفرضه من تنافسية شديدة وما تتيحه من آمال وفرص. كل هذه التحولات تشكل ضغوطاً نفسية شديدة على الشباب، غير مسبوقة. كما إن انفتاح العالم الكبير، بعضه على بعض، وتقوض أطر الحماية الاجتماعية، التقليدية منها والحديثة، أو بل الارتداد إلى العصبية والإنغلاق وانسداد آفاق التغيير والتجديد والاستقلالية...كلها تهدد باستفراد الفرد وبقائه بدون مرجعيات توفر المساندة، وهو ما يسمَيه البعض «الفراغ الوجودي». ويدخل ضمن النطاق نفسه الانسلاخ عن الذاكرة والتاريخ والانتماء، وتغيّر المرجعيات من خلال التحول نحو المستقبل وصناعته باعتباره «هوية بديلة»، وانعكاس هذه الحالة على العلاقات الأسرية والمجتمعية التقليدية. ويتبع ذلك فقدان جيل الكبار لمرجعيته بشكل متزايد مما يؤثّر على بنية العلاقات الأسرية وعلى علاقات الوالدين بالأبناء.

---

(١) موقع منظمة الصحة العالمية، WHO Media Center، أيلول/ سبتمبر ٢٠٠٧.

أما العالم الافتراضي (الإنترنت) الذي أخذ يحتل حيزاً متزايداً في حياة الجيل الناشئ ويشكّل مرجعيته، فلقد بدأ يزاحم العالم الواقعي، ويؤثر على مرجعية الحيّز المجتمعي (المدينة والمدرسة وغيرهما) كإطار حيوي للتحرك والسلوك والتفاعل (حيث تصبح شاشة الإنترنت هي العالم البديل). فإن العالم الافتراضي يحمل احتمالات انحسار العلاقات الإنسانية الحية والمباشرة، وجهاً لوجه، لصالح العلاقات الإلكترونية. وهو ما ينبئ بتغيرات نفسية لا نعرف بعد مداها وآثارها.

يترافق كل هذا مع استمرار الوصمة الاجتماعية المرتبطة بمشكلات الصحة النفسية وقضاياها، وكثرة الخرافات، وقلة المعرفة، وكثرة المعلومات المغلوطة المرتبطة بها. إن ما يفاقم كل ذلك لهو الظروف الصعبة التي تعيشها أغلبية المجتمعات العربية (فقر واحتلال وحروب ونزاعات أهلية مستدامة وعدم استقرار ...) والتي تلقي بوطأتها على صحة الناس النفسية والجسدية. غير أن الاهتمام بالرعاية الصحية النفسية لا يزال ضعيفا. فالصحة النفسية ما زالت لا تعتبر من ضمن أولويات الصحة، وتبقى الميزانيات المخصصة للصحة النفسية عن توصيات منظمة الصحة العالمية بأن تشكّل ميزانية الصحة النفسية ١٠٪ على الأقل من ميزانية وزارة الصحة.

وتعاني البلدان العربية من نقص الخطط الوطنية التي تعنى بالصحة النفسية. فاستراتيجيات تعزيز الصحة النفسية تبقى منفصلة، وهي لا تشكّل جزءً من خطط التنمية الاجتماعية.

رؤية من الميدان

ويمكن تلخيص التحديات في واقع الصحة النفسية في البلدان العربية، كما حدّدها العاملون في المجال، بالآتي[٢]:

- **المشكلات الاجتماعية** مثل انتشار الأمية والفقر.
- **المشكلات السياسية** مثل عدم الاستقرار السياسي والنزاعات والحروب.
- **نقص الوعي** بمواضيع الصحة النفسية وبأهميتها وانتشار المعتقدات الخاطئة عن الاضطرابات النفسية والعلاج النفسي.
- **الوصمة الاجتماعية** المرتبطة «بالأمراض» النفسية
- **غياب المفهوم الايجابي للصحة النفسية** (اللياقة النفسية وتحسين نوعية الحياة) وارتباط الصحة النفسية بغياب المرض النفسي فقط. هذا بالإضافة إلى غياب التدخلات الوقائية للصحة النفسية والتي تشمل تحسين اللياقة النفسية وتحسين نوعية الحياة للأفراد وتحسين الظروف البيئية.
- **نقص الأبحاث والدراسات والخبرات الموثّقة** في مجال الصحة النفسية في المنطقة العربية وغياب المعلومات والإحصائيات الدقيقة والموثقة عن وضع الصحة النفسية في البلدان العربية.
- **غياب السياسات والاستراتيجيات** الواضحة للصحة النفسية في البلدان العربية.
- نقص الموارد المالية المخصّصة للصحة النفسية في البلدان العربية وقلة اقتناع الحكومات بأهمية الرعاية الصحية النفسية في قضايا الصحة.
- **نقص في عدد الكوادر البشرية المدربة** العاملة في مجال الصحة النفسية على كافة المستويات وغياب التدريب الفعال والمستمر في هذه الكوادر.

---

(٢) تقرير عن واقع الصحة النفسية في البلدان العربية، الصحة النفسية في تسعة بلدان عربية، ورشة الموارد العربية، .www.mawared.org

- **كثرة التحديات والمشكلات التي تواجهها الجمعيات العاملة** في المجال (ضعف مواردها المالية وإمكانياتها وضعف التدريب وتنمية قدرات كوادرها بالإضافة إلى قلة التعاون وتبادل الخبرات والتشبيك فيما بينها).
- **نقص الموارد باللغة العربية** المتوافرة حول مواضيع الصحة النفسية والمناسبة للمجتمعات العربية باحتياجاتها الثقافية والاجتماعية والتاريخية والسياسية ...
- **ارتفاع كلفة العلاج النفسي وأسعار الأدوية النفسية** التي لا تتناسب مع دخل الفرد في البلدان العربية (فضلا عن الإسراف في وصف الأدوية والدفع باتجاه استخدام الأدوية غير الرشيد، المنتشر في البلدان العربية، ومنها الأدوية النفسية).

دراسات

من الناحية البحثية، يَتسّمُ واقع الصحة النفسية في البلدان العربية بنقص الإحصاءات الرسمية في مجال الأمراض والاضطرابات النفسية في كل بلد، كذلك في مجال القدرات البشرية في الصحة النفسية وأعدادها ومستوى تأهيلها واحتياجاتها. وبرغم الحاجة الكبيرة والمتزايدة إلى الأبحاث والدراسات النفسية في هذه البلدان، تبقى الأبحاث العلمية قليلة ولا تفي بالاحتياجات المعرفية المطلوبة. إن إجمالي الدراسات المنشورة في العالم العربي عن الصحة النفسية من ١٩٨٧ إلى ٢٠٠٢ على الموقع الالكتروني العلمي PubMed، بلغ ٣٣٨ دراسة أو ما نسبته ١،٢٪ من إجمالي الأبحاث الطبية المنشورة البالغ مجموعها ٢٧٣٩٥! وشكّلت الدراسات البحثية في الصحة النفسية عند الأطفال والمراهقين ١٧٪ فقط منها في حين تشكل هذه الفئة العمرية ٥٥ حوالى ٪ من مجموع السكان. وكان القلق والاضطرابات المزاجية وتعاطي المخدرات هي أكثر مجالات هذه الدراسات ديناميكية[٣] وينقص هذه الدراسات استخدام أدوات البحث المقنّنة والمحقّقة كي تناسب مجتمعاتنا العربية بخصوصياتها من ناحية. وتتناقض نتائج هذه الدراسات بين دراسة وأخرى وبين بلد عربي وآخر.

هذا الكتاب

على ضوء ما سبق، يحاول الكتاب تلبية عدة حاجات أساسية. فهو:

١ – يوفر مادة علمية بلغة بسيطة وسهلة عن الصحة النفسية ويضعها، لغةً ومضمونا، في متناول العاملين الاجتماعيين والصحيين والأهل، وهو يشجعهم جميعاً على العمل معاً لتحقيق أفضل النتائج،

٢ – يقدم مادة جرى مراجعتها من قِبل عشرات المنظمات والأفراد المعنيين باستخدامها في المجتمعات العربية، وجرى تطعيم المحتويات وتكييفها،

٣ – يراعي في ما يقدم من معرفة وتوصيات ظروفَ معيشة هي أقرب إلى ظروف حياة واحتياجات أغلب مجتمعاتنا،

٤ – ينسجم مع سلسلة من الكتب ذات التوجه المماثل ويتكامل معها ما يتيح رزمة من المعرفة المفتوحة والمتاحة للإنتفاع بها من قبل البرامج والمدارس والمؤسسات والأفراد، على حدّ سواء. من هذه الكتب: «كتاب الصحة للجميع» و«كتاب الصحة لجميع النساء» و «مرشد العناية بالأسنان» و«رعاية الأطفال المعوقين» ... (وكلها من إصدار ورشة الموارد العربية ويمكن تنزيلها من موقعها على شبكة الإنترنت).

---

(٣) د. مصطفى عفيفي، أبحاث الصحة النفسية المنشورة في العالم العربي، والتي نشرها موقع PubMed Eastern Meditteranean Health Journal, Volume 11 No 3 May, 2005

نرجو أن يساهم إصدار هذا الكتاب بالعربية في نشر المعرفة وتشجيع القرّاء على استخدامه أداةً تساعدهم في عملهم وفي تعزيز الصحة النفسية في البلدان العربية، وعلى أن يضاف إليه مزيد من الموارد المكملة.

حكاية الطبعة العربية

لـ «ورشة الموارد العربية» تاريخ في العمل على سلسلة «الصحة للجميع» والتي أصدرت منها الورشة: كتاب الصحة للجميع «حيث لا يوجد طبيب» و«كتاب الصحة لجميع النساء – حيث لا توجد عناية طبّية» و«مرشد العناية بالأسنان – حيث لا يوجد طبيب أسنان» و«دليل الإيدز والصحة والناس«، وغيرها من موارد الرعاية الصحية في طبعات متعددة ومناسبة لبيئتنا العربية بخصوصياتها الاجتماعية والثقافية والسياسية.

تأتي الطبعة العربية من «كتاب الصحة النفسية للجميع – حيث لا يوجد طبيب نفسي»، من ضمن السلسلة، لتغطّي جانبا مهماً وأساسياً في نظرتنا إلى الصحة بمفهومها الحقوقي والشمولي والمتكامل. وتمثل هذه الطبعة المعدّلة أحد منتجات «برنامج الصحة النفسية» الذي يهدف إلى زيادة المعرفة ونشر الوعي حول الصحة النفسية والنفس – اجتماعية في البلدان العربية، وذلك عبر تطوير معرفة وموارد وأدوات تساعد العاملين في هذه المجالات وتطوّر مهاراتهم وقدراتهم. وقد شاركت مجموعة متنوّعة الاختصاصات في العمل على الطبعة الأصلية وتطويرها لتتلاءم مع احتياجات بيئتنا العربية، وشكلت هذه المجموعة فريق التحرير الذي أخذ على عاتقه مراجعة النسخة المترجمة وإضافة التعديلات اللازمة.

مرّ إعداد النسخة العربية الموسّعة في مراحل مختلفة:

المرحلة الأولى: مراجعة فصول الكتاب من قبل أعضاء فريق التحرير، وإضافة الملاحظات والاقتراحات المتعلقة بكل فصل والأمثلة الواردة والرسومات.

المرحلة الثانية: عقد لقاء ضم فريق التحرير في القاهرة في حزيران/ يونيو ٢٠٠٧، حيث تمّت مراجعة كل فصل بشكل جماعي ومناقشة جميع الملاحظات والاقتراحات والاتفاق عليها. وقد شارك فيه كل من: زهيرة قاضي ومراد عمرو عن الدائرة التربوية والإرشادية والعلاجية في مركز الإرشاد الفلسطيني، ود.حمدي صموئيل عن جمعية الصعيد للتربية والتعليم في مصر، ود. عبد الحميد كابش من جمعية «هانْديكاب انترناشونال»، ود. هالة اسبانيولي من مركز الطفولة في الناصرة، و د. إلهام الحاج حسن من الجامعة اللبنانية، ود. معن عبد الباري عن الجمعية اليمنية للصحة النفسية في اليمن، و د.محمد عبوشي عن لجان الإغاثة الطبية في فلسطين، فضلا عن فريق برنامج الصحة النفسية في ورشة الموارد العربية.

المرحلة الثالثة: عمل «فريق الصحة النفسية» في ورشة الموارد العربية على إدخال التعديلات والاقتراحات والعمل على تجميع ملاحق مقترحة تضم معلومات إضافية مهمّة للقارئ العربي عن الدواء وبعض الأفكار والإرشادات العلمية وموارد أخرى. بالإضافة إلى العمل على تعديل الرسومات والمواد الإيضاحية قي الكتاب لتلاءم البيئة العربية.

أضفنا إلى الطبعة العربية مراجع مفيدة في إعداد هذا الكتاب، لا سيما مراجع تعالج مواضيع محدّدة في كل فصل، فضلاً عن لائحة من الجمعيات والمؤسسات والمواقع ذات الصلة.

توصيات من الميدان

نورد فيما يلي أبرز التوصيات المستقاة من مراجعة الأدبيات ومن أنشطة برنامج الصحة النفسية (ورَش عمل ولقاءات مع العاملين في الميدان)، من أجل الرد على التحديات التي تواجه تعزيز الصحة النفسية في البلدان العربية[٥]:

١ – تنفيذ حملات توعية وأنشطة ومناداة للحد من الوصمة الاجتماعية المقترنة بالاضطراب النفسي، وتغيير المعتقدات الخاطئة حول الصحة النفسية في المجتمعات العربية، وتوفير المواد اللازمة لذلك (نشرات – ملصقات – كتيبات – أفلام وغيرها).

٢ – توفير تدريبٍ وتطوير لقدرات في مجال الصحة النفسية وبخاصة للفئات التالية:

أ – أطباء الرعاية الصحية الأولية والصحة المدرسية

ب – الاختصاصيون النفسيون والمرشدون الإجتماعيون في المدارس

ت – العاملون في مراكز الخدمة الإرشادية في الجمعيات الأهلية.

٣ – توفير دليل أو أدلة تدريبية للعاملين في مجال الصحة النفسية تعالج مشكلات الصحة النفسية وخاصة للأطفال والمراهقين وتوفر أنشطة تعزيز الصحة النفسية باللغة العربية تناسب مجتمعاتنا مع تدريب المدربين على هذه الأدلة.

٤ – توفير موارد تدريبية وكتيبات إرشادية عن الصحة النفسية للشباب تتطرق لأهم مواضيع الصحة النفسية بأسلوب شيق يناسب الفئة العمرية (أنشطة التعلم النشط مثل الألعاب والأغاني و القصص وغيرها).

٥ – تطوير خدمات وممارسات الإحالة للصحة النفسية وتحسينها، وتوفير دليل إحالة شامل لكل خدمات الصحة النفسية.

٦ – تشجيع وتحفيز الجمعيات والمنظمات غير الحكومية على العمل في مجال الصحة النفسية في البلدان العربية عن طريق توفير التمويل المادي والدعم الفني والموارد اللازمة للجمعيات العاملة في مجال الصحة النفسية، وتعزيز التعاون وتبادل الخبرات بينها والاستفادة من المؤسسات والمنظمات الدولية المهتمة بالصحة النفسية كمنظمة الصحة العالمية والهيئات المانحة وغيرها.

٧ – تطوير وتطبيق معايير وطنية لجودة خدمات الصحة النفسية تسترشد بمعايير منظمة الصحة العالمية وتتناسب مع الوضع الاقتصادي وخصوصيات الواقع المحلي.

٨ – تعزيز دور الاختصاصي النفسي المدرسي والإرشاد النفسي في المدرسة.

فريق عمل برنامج الصحة النفسية:
عُلا عطايا، منسقة البرنامج
د. غسان عيسى، منسِّق عام وحدة الصحة
بيروت، نيسان/أبريل ٢٠٠٨

(٥) تقرير عن واقع الصحة النفسية في البلدان العربية. أنظر المراجع وموقع ورشة الموارد الالكتروني www.mawared.org

قبل أن تستخدم هذا الكتاب!

توصيات وإرشادات

في أثناء العمل على تطوير الطبعة العربية من هذا الكتاب (راجع حكاية الطبعة العربية)، أوصى فريق التحرير بقراءة مسودة الترجمة العربية قراءة نقدية تراعي القدرات المعرفية والظروف المتاحة. ويرى الفريق ضرورة الالتزام بالقواعد التالية عند استخدامه في الميدان. وأبرز هذه القواعد[١] هو:

- **احترام حقوق الإنسان.** إنّ الصحة النفسية والدعم النفسي – الاجتماعي يعتمدان على حقوق الإنسان الأساسية ويساهمان في تعزيزها، بما في ذلك الحق في الصحة والتعبير والحصول على الحماية والرعاية[٢] فضلاً عن الحق في المساواة بين الجنسين وعدم التمييز وضمان حصول جميع الفئات على المساعدة الضرورية سواء كانوا أطفالاً أم شيوخاً أم عمالاً مهاجرين أم أشخاصاً ذوي حاجات إضافية أم سواهم.
- **احترام كرامة الأفراد.** ينبغي على أي عامل في المجال النفسي والاجتماعي أن يؤمن بقدرات وطاقات الأفراد الذين يحتاجون إلى المساندة والمساعدة، وأن يحترم الأفراد الذين يعمل معهم. وهنا ينبغي مراعاة الخصوصية المحلية وعدم التقيّد الأعمى بما ورد في بعض القضايا الجانبية (كفكرة تقييد المرضى – ص ٥٦ أو نزع السلاح من الزوار – ص ٦٨). يشمل ذلك أيضا الإمتناع عن استعمال المصطلحات المستخدمة في الإشارة إلى مسائل الصحة النفسية والعقلية (مثل كلمات «مريض» و«ذهاني» و«مجنون» و«مهووس» التي تُلصق بالإنسان وصمةً سلبية أو دونية). لذلك ينبغي عدم استبدال الاسم بالعارض أو المشكلة أو المرض، إذ لا يمكن اختصار الإنسان بمشكلة أو صفة، لا سيما في المجتمعات العربية حيث تشكّل الوصمة الاجتماعية عاملاً سلبياً في طريق تطوير الصحة النفسية.
- **احترام خصوصية الأفراد والحفاظ على السرية.** تشكّل الثقة المتبادلة بين الأفراد، لا سيما في العلاج النفسي والإرشاد، عاملاً أساسياً يساعدا في تقدّم العلاج. ففي كافة مراحل العلاج، ينبغي أن تكون «مصلحة الفرد المريض» هي الأساس، طالما أن ذلك لا يسبب الأذى للآخرين[٣]. وفي الكثير من المجتمعات وداخل المؤسسات، يمنع البوح بمعلومات حول حالة الفرد إلا في حال كونه يشكّل تهديدا لنفسه أو للآخرين (حالة إمكانية الانتحار أو التسبّب بأذية أحد كما في حالات الانتقام).

---

(١) نصائح اللجنة المشتركة: الضوابط الإرشادية للصحة العقلية والدعم النفس اجتماعي في حالات الطوارئ، IASC، جنيف ٢٠٠٧.

(٢) كما تنص عليها الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل والإعلان العالمي لحقوق الإنسان.

(٣) على سبيل المثال، ترد في الفصل السابع من الكتاب بعض الاقتراحات حول خطوات العمل مع النساء اللواتي يتعرّضن للعنف. ينبغي أن نتأكد من كون خطواتنا تضمن «المصلحة الفضلى» للمرأة، وتضمن سلامتها.

- **عدم التسبّبْ بأي أذى.** ينبغي على أي عامل في المجال النفسي والاجتماعي أن يتنبّه لمخاطر التسبّب في أذى. على سبيل المثال، يمكن لأساليب غير ملائمة من وجهة نظر ثقافية أن تسيء إلى الأشخاص بدلاً من أن تساعدهم، كما يمكن للاستفسار الملحّ وغير المبرّر عن أحداث مأسوية أن يجعل الأشخاص المعنيين أضعف وأكثر هشاشة وتعرضاً للأذى. (الكتاب، مثلاً، يتناول مسألة إدمان الكحول وهي من المسائل الحساسة في البيئة العربية. لذلك ينبغي الحذر والحفاظ على سرية المعلومات في التعامل مع الناس).
- **المشاركة.** للمشاركة أهمية خاصة في مسيرة الشفاء لأنّها تعزز شعور الناس بقدراتهم وإدارتهم لحياتهم. فالعلاقة بين «المريض» و«المعالج/المرشد» ليست أحادية، بل تُبنى وتتطوّر عن طريق التفاعل والإصغاء النشط. إنّ الحرص على إشراك الفرد/الأفراد والجماعات التي تحتاج إلى المساعدة في عملية المساندة والعلاج، والعمل على تطوير قدراتهم ،على سبيل المثال، يعطيهم شعوراً بالإنجاز هو في حدّ ذاته عامل من عوامل الشفاء.
- **احترام المعتقدات الثقافية والدينية والمجتمعية السائدة.** إن تحدّي المعتقدات السائدة قد يجلب أضراراً كبيرة ويؤثّر على عملية المساعدة وفعاليتها. في بعض المجتمعات، قد يكون التعاون مع المعالجين التقليدين وزيادة معرفتهم بمواضيع الصحة النفسية ذا فائدة للأفراد المعنيين بالعلاج.
- **التعامل بحذر مع الأدوية.** شجعوا ترشيد استخدام الدواء. فالكثير من الأدوية النفسية والعقلية يسبب الإدمان فضلاً عن آثار سلبية جمّة. لذلك ينبغي اللجوء إلى الإرشاد والمساندة وحصر استخدام الأدوية النفسية بالحالات الشديدة التي تتطلّب ذلك مع تزويد «المريض» أو مقدمي الرعاية بكافة المعلومات المتعلقة بالدواء.
- **تجنّب خلق الإحساس بالاعتماد والاتكالية أو ترسيخه.** يجب العمل بكل الوسائل الممكنة على تعزيز ثقة الفرد بنفسه وبقدراته.

تعريف إجرائي عن الصحة النفسية

تتنوّع مقاربات برامج الصحة النفسية وتختلف مجالات اهتمامها وتركيزها. منها ما يُعنى بمسائل اضطرابات الصحة النفسية ومشكلاتها، ومنها ما يركّز على مسائل أساسية محدّدة تتعلّق بالصحة النفسية والنفس – اجتماعية.

من أجل تعزيز الصحة النفسية الايجابية للجميع، يتبنّى برنامج الصحة النفسية المقاربة الشمولية التالية: «**تنمية المهارات والطاقات الفردية والجماعية والمجتمعية إلى جانب تعزيز الوقاية من السلوكيات التي تؤدي إلى مشكلات وأزمات نفسية، وتحسين طرق حل المشكلات والعلاج. وترتكز هذه المقاربة إلى مبادئ حقوق الإنسان التي تشكّل أساس الصحة بمفهومها الشمولي والصحة النفسية كجزء منها**».

عمل برنامج الصحة النفسية الإقليمي في «ورشة الموارد العربية»، بعد تحديد التعريف النظري للصحة النفسية، على تطوير تعريف إجرائي يحدّد مفاهيم التعريف النظري عبر إبراز دلالاتها الوظيفية والعملية، ويشكّل إطار عمل البرنامج ويعكس مقاربة الصحة النفسية التي يتبنّاها.

يهدف التعريف الإجرائي إلى تحديد دائرة اهتمام البرنامج وتركيزه، أي تحديد القضايا والمقاربات، من أجل تطوير خطوات عمل تلبّي هذه القضايا.

كيف تستخدم هذا الدليل

يقسم الدليل إلى أربعة أجزاء. ومن المهمّ أن يطّلع القرّاء على الجزء الأول قبل قراءة الأجزاء الأخرى. ويرجع ذلك إلى أنّ جانباً كبيراً مما تبقّى من الدليل يتطلّب استيعاب المفاهيم الأساسيّة المقدّمة في الجزء الأول. ويحتوي الجزء الرابع على دليل للأدوية، ومسرد لمصطلحات الاضطرابات النفسية وأعراضها، ومعلومات عن الموارد المحليّة. وثمة ملحق يقدّم مخطّطات بيانيّة لتسلسل الإجراءات يمكن استخدامها كمرجع سريع للمشكلات السريرية. وقد استخدمت في سياق الكتاب الإحالات بكثرة على كتب «حيث لا يوجد طبيب» (ورنر، ١٩٩٤)، و«كتاب الصحة لجميع النساء – حيث لا يوجد طبيب نسائيّ» (بيرنز وآخرون، ١٩٩٧)، ودليل «رعاية الأطفال المعوقين» (ورنر، ١٩٩٤)، لجعل الكتاب عمليّاً أكثر.

من هم العاملات والعاملون في الصحة

«هم النساء والرجال الذين يساعدون العائلات والأهالي على تحقيق صحة أفضل. وكثيراً ما يختارهم الناس في الحي أو القرية أوالمجتمع المحلي بأنفسهم بناءً على كفاءتهم وحبهم للناس.

وفي مجتمعاتنا العربية تسميات مختلفة للعاملات والعاملين في الحقل الصحي منها: «المرشد الصحي»، «المرشدة الصحية»، «المنشطة الصحية»، «المعاون الطبي»، «الرائدة الريفية»، «العامل الصحي»، «المُعِينة الصحية»، «المساعد الصحي»، الداية، «القابلة» وغيرها.

يتدرب بعض العاملين والعاملات في الحقل الصحي في برامج منظمة تشرف عليها وزارات الصحة في بعض الأحيان. وهناك عدد آخر من العاملين والعاملات في الحقل الصحي الذين لا يتلقون تدريباً نظامياً وليس لهم «وظيفة» صحية رسمية إلا أن الناس يحترمون خبرتهم ويعتبرونهم معالجين صحيين أو قادة في الأمور المتعلقة بالصحة. وهم غالباً يتعلمون عن طريق الملاحظة ومن خلال مساعدة الآخرين والدراسة الذاتية.

بشكل عام **«فالعاملون الصحيون» – نساء ورجالاً – هم الناس الذين يشاركون في جعل قريتهم أو حيّهم أو مجتمعهم المحلي مكاناً صحياً للعيش (عن كتاب «الصحة للجميع»).**



الجزء الأول

عرض مجمل للاضطراب النفسي

يقدّم الجزء الأول من هذا الدليل الأساس الضروريّ الذي تقوم عليه الأجزاء الأخرى. وتغطّي فصوله الثلاثة مجالات المعرفة الثلاثة العريضة اللازمة لمنحك الثقة في تقديم العناية الصحيّة النفسية. يتعامل الفصل الأول مع الأنواع المختلفة من الاضطرابات النفسية، باستخدام تصنيف بسيط معدّ للاستعمال في المجتمع وأماكن الرعاية الصحيّة العامّة. وهو يبحث أيضاً قضايا مثل التأثيرات الثقافيّة على الصحة النفسية. ويبحث الفصل الثاني كيف يمكن فحص شخص مصاب باضطراب نفسي. وهو يغطّي أسئلة أساسيّة مثل كيفيّة التعرّف إلى اضطراب نفسي ما وتشخيصه. ويتناول الفصل الثالث الأنواع الرئيسيّة لعلاجات الاضطراب النفسية. ويغطّي هذا الفصل العلاجات الطبيّة (أي الأدوية) والعلاجات النفسانيّة (أي التحدّث) للاضطرابات النفسية.

يحتاج معظم القرّاء إلى قراءة القسم الأول مرة واحدة على الأقلّ قبل قراءة ما تبقّى من الدليل، إذ يفترض كثير من الفصول اللاحقة أنّ المعلومات الأساسيّة عن أنواع الاضطرابات النفسية وعلاجاتها مألوفة.


الصحة

الفصل الأول

مدخل إلى الصحة النفسية

١-١ الصحة النفسية والاضطراب النفسي

الصحّة الجيّدة لا تعني الجسم المعافى فحسب، فالشخص المعافى يجب أن يتمتّع بالصحة العقلية والنفسية [١] أيضاً. وبالتالي يكون قادراً على التفكير بوضوح، وعلى حلّ المشكلات المختلفة التي يواجهها في حياته، وأن يتمتّع بعلاقات جيّدة مع أصدقائه وزملائه في العمل والأسرة، وأن يشعر بالراحة والطمأنينة وأن يحمل السعادة إلى الآخرين في المجتمع. وهذه النواحي الصحيّة هي التي يمكن أن تعتبر صحة نفسية.

ومع أنّنا نتحدّث عن النفس والجسم كما لو أنّهما منفصلان، إلا أنّهما وجهان لعملة واحدة في الواقع. فهما يتشاركان الكثير من الأشياء، لكن يعرض كل منهما وجهاً مختلفاً أمام العالم المحيط بنا. وإذا تأثّر أحدهما بطريقة ما، فسيتأثّر الآخر بالتأكيد. ولا يعني مجرّد تفكيرنا بالنفس والجسد بشكل منفصل أن أحدهما منفصل عن الآخر.

النفس يمكن أن تمرض مثلما يمكن أن يمرض الجسم. ويمكن أن يسمّى ذلك الاضطراب النفسي [٢]. الاضطراب النفسي: «أي حدث أو حالة يتعرّض لها شخص ما وتؤثّر على عواطفه أو أفكاره أو سلوكه بحيث لا تتوافق مع معتقداته الثقافيّة وشخصيّته، وتؤدّي إلى تأثير سلبيّ على حياته وحياة عائلته والمحيطين به».

وهناك نقطتان مهمّتان تشكّلان أساس مادّة هذا الكتاب:

- حدث تقدّم هائل في إدراكنا لأسباب الاضطراب النفسي وعلاجه. ويمكن أن يقدم عامل اجتماعي أو عامل صحيّ مدرّب معظم هذه العلاجات بفعاليّة.
- يشمل الاضطراب النفسي مجموعة واسعة من المشكلات الصحيّة. لكن يعتقد معظم الأشخاص أنّ الاضطرابات النفسي يرتبط باضطرابات سلوكيّة حادّة مثل العنف والهياج، واتباع سلوك جنسيّ غير ملائم. وترتبط مثل هذه الاضطرابات عادة باضطرابات نفسية حادّة. غير أنّ الغالبيّة العظمى من المصابين باضطراب نفسي تتصرّف بشكل غير مختلف عن أي واحد منّا وتبدو مماثلة لنا. تشمل هذه المشكلات النفسية الشائعة: الاكتئاب والقلق والمشكلات الجنسيّة والإدمان.



الاضطراب النفسي شائع: من المرجّح أن يكون اثنان من هؤلاء الأشخاص مصابين باضطراب نفسي في مرحلة ما من مراحل حياتهما.

---

(١) «الصحة النفسية هي حالة من العافية التي تسمح للفرد بتحقيق قدراته والتعاطي مع ضغوط الحياة اليومية، وبالعمل بإنتاجية تمكنه من إفادة مجتمعه، وهي ليست مجرد انعدام المرض». منظمة الصحة العالمية، إعلان جاكرتا حول تعزيز الصحة، ٢٠٠٤ www.who.int.

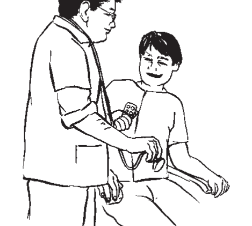
(٢) الاضطراب النفسي هو خلل في التوازن مع الذات أو البيئة المحيطة، لأسباب وراثية أو خلل في البيئة المحيطة للفرد، وفي تعامله مع المحيط الخاص به، وفي الدعم المتوفر له عند مواجهة مشكلات الحياة العادية www.who.int.

١–٢ لماذا القلق من الاضطراب النفسي؟

هناك أسباب كثيرة تدفع إلى القلق من الاضطرابات النفسية:


يمكن أن يؤثّر «المرض» النفسي في قدرة المرء على العمل في البيت أو الشغل

- **لأنّها تصيبنا جميعاً:** إنّ خُمس البالغين يصابون بمشكلة في الصحة النفسية في أثناء حياتهم. ويظهر ذلك مقدار شيوع المشكلات الصحيّة النفسية. ويمكن أن يعاني الجميع مشكلة في الصحة النفسية.
- **لأنّ الاضطراب النفسي يؤدّي إلى وصمة العار**[٣]: لا يعترف معظم الأشخاص المصابين بمشكلة صحية نفسية بذلك. فغالباً ما يمارس المجتمع والأسرة التمييز ضدّ المصابين باضطراب نفسي، ولا يتعاطف العاملون الصحيون معهم.
- **لأنّها عبء صحيّ عامّ كبير:** تكشف الدراسات في كل أنحاء العالم تقريباً أنّ نحو ٤٠ بالمئة من كل البالغين الذين يتلّقون خدمات الرعاية الصحيّة العامّة يعانون أحد أنواع الاضطرابات النفسية. وكثير من الأشخاص الذين يتردّدون على خدمات الرعاية الصحيّة العامّة أو المجتمعيّة يسعون للحصول على مساعدة لأسباب صحيّة جسدية غامضة، يمكن تسميتها «نفسيّة جسدية» أو أي شيء مماثل. وكثير منهم يعانون في الواقع مشكلة صحية نفسية.
- **لأنّها تحدث عجزاً حادّاً:** على الرغم من أنّ الاعتقاد الشعبيّ هو أنّ الاضطرابية النفسية أقل خطراً من الاضطرابات الجسدية، إلا أنّها تحدث في الواقع عجزاً حادّاً. ويمكن أن تتسبّب بالموت أيضاً، نتيجة الانتحار أو الحوادث. ويعاني بعض الأشخاص اضطراباً نفسياً واضطراباً جسدياً؛ ويمكن أن يزيد الاضطراب النفسي عند هؤلاء الأشخاص عواقب الاضطراب الجسدي سوءاً. (وجد تقرير الصحّة العالميّة الصادر عن منظّمة الصحّة العالميّة في العام ٢٠٠١ أنّ الاضطرابات النفسية تشكّل أربعاً من أكثر عشر حالات مسبّبة للعجز في العالم. والاكتئاب هو الاضطراب المسبب الأكثر للعجز، ويتقدّم على فقر الدم والملاريا والمشكلات الصحيّة الأخرى كافّة).
- **لأنّ الخدمات الصحيّة النفسية غير كافية:** هناك نقص حادّ في الأطبّاء النفسانيّين، وعلماء النفس، وغيرهم من اختصاصيّي الصحّة النفسيّة في معظم البلدان. ويمضي هؤلاء الاختصاصيّون معظم وقتهم في رعاية أشخاص يعانون اضطرابات نفسيّة حادّة («حالات الذُهان»). وهذه نادرة جدّاً، لكنّها أيضاً الاضطرابات نفسها التي يربطها المجتمع بالاضطراب النفسي. غير أنّ معظم الأشخاص المصابين بأنواع المشكلات الصحيّة الأكثر شيوعاً، مثل الاكتئاب أو المشكلات الكحوليّة، لا يستشيرون اختصاصيي الأمراض النفسية. وكثيراً ما لا يتعاطف العاملون الصحيّون العامّون بشكل مثاليّ مع أصحاب هذه المشكلات.


يمكن معالجة معظم الاضطرابات النفسية

- **لأنّ مجتمعاتنا تتغيّر بسرعة:** تشهد العديد من المجتمعات في كل أنحاء العالم تغيّرات اقتصاديّة واجتماعية مثيرة. ويتغيّر النسيج الاجتماعيّ نتيجة للتغيّر السريع ونموّ المدن، والهجرة، وتوسّع انعدام المساواة في الدخل، وارتفاع مستويات البطالة والعنف. وترتبط هذه العوامل كلّها باعتلال الصحة النفسية.
- **لأنّ الاضطراب النفسي يمكن معالجته ببساطة وبطريقة غير مكلفة نسبيّاً:** صحيح أنّ بعض الاضطراب النفسية لا «شفاء» منه، لكنّ العديد من الأمراض الجسدية، مثل السرطان وداء السكّريّ وارتفاع ضغط الدم والتهاب المفاصل، لا يمكن علاجها أيضاً.

---

(٣) بالنسبة للدكتور أحمد محيط، المستشار الإقليمي للصحة العقلية والإدمان ، منظمة الصحة العالمية في المكتب الإقليمي لشرق المتوسط: «لا تزال وصمة العار تلحق المصابين بالأمراض النفسية ومن يؤم العيادات والمصحات النفسية طلباً للمشورة والمعالجة، والحاجة ماسة لتغيير مواقف المجتمعات بشكل عام». www.who.int/mental-health/media/en/640pdf

مع ذلك يمكن عمل الكثير لتحسين نوعيّة حياة الذين يعانون هذه الحالات، وينطبق الأمر نفسه على الاضطراب النفسي.

١ – ٣ أنواع الاضطرابات النفسية

للكشف عن الاضطراب النفسي وتشخيصه، علينا أن نعتمد كليّاً على ما يبلغنا به الناس. والأداة الرئيسيّة للتشخيص هي إجراء مقابلة مع الشخص المعنيّ (انظر الفصل الثاني). فالاضطراب النفسي يحدث أعراضاً يلاحظها الذين يعانونه أو القريبون منهم. وهناك خمسة أنواع رئيسيّة من الأعراض:

- **جسدية/الأعراض الجسدية.** وهذه تؤثّر على الجسم والوظائف الجسدية، وتشمل الآلام والتعب واضطراب النوم. ومن المهمّ تذكّر أنّ الاضطرابات النفسية تُنتج أعراضاً جسدية في الغالب.
- **إنفعالية/الأعراض العاطفية.** الأمثلة النموذجيّة هي الشعور بالحزن أو الخوف.
- **فكريّة/الأعراض «الادراكية».** من الأمثلة النموذجيّة التفكير في الانتحار، والاعتقاد بأنّ أحدهم سيؤذينا، وصعوبة التفكير بوضوح، والنسيان.
- **سلوكيّة/الأعراض السلوكيّة.** تتعلّق هذه الأعراض بما يقوم به المرء. وتشمل التصرّف بطريقة عدوانيّة ومحاولة الانتحار.
- **التخيُّل/الأعراض الإدراكيّة.** تنشأ هذه من أحد أعضاء الحواس وتشمل سماع الأصوات أو مشاهدة أشياء لا يستطيع أن يراها الآخرون («هلوسات»).

وترتبط هذه الأنواع المختلفة من الأعراض في الواقع ارتباطاً وثيقاً بعضها بالبعض الآخر. أنظر مثلاً الأشكال عن كيفيّة حدوث أنواع الأعراض المختلفة لدى الشخص نفسه.





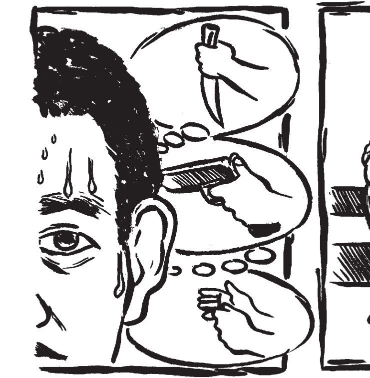


يمكن أن يكون المرء قلقاً بشأن المستقبل: شكوى فكريّة ...

قد تؤدّي إلى شعور بالخوف: شكوى انفعالية ...

يمكن أن تجعل النوم صعباً: شكوى جسدية ...







وقد يسمع المرء أشخاصاً يتحدّثون عنه: شكوى خياليّة ...

فيعتقد أنّ حياته في خطر: شكوى فكريّة ...

فيدفعه ذلك إلى مهاجمة الآخرين لحماية نفسه: شكوى «سلوكية».

هناك أربع فئات عريضة من الاضطراب النفسي:

- الاضطرابات النفسية الشائعة (الاكتئاب والقلق).
- الاضطرابات النفسية الحادة (أنواع الذُّهان).
- المشكلات النفسية عند كبار السنّ.
- المشكلات النفسية عند الأطفال.

بالإضافة إلى فئتين تؤثران على الصحة النفسية وتتشابهان في بعض أعراضهما مع أعراض بعض الاضطرابات النفسية، وهما:

- العادات السيئة، مثل إدمان الكحول والمخدّرات.
- التأخر العقليّ.

من خلال هذا التوزيع للاضطرابات النفسية، تم التمييز بين العصاب والذهان.
فالعصاب يشمل العديد من الاضطرابات والأعراض الشائعة كالقلق والخوف.
أما الذهان (سايْكوزْيْس)، فهو يشمل الاضطرابات التي تترافق عادة مع مشكلات في الإدراك، ووجود هلوسات أو توهمات ومشكلات سلوكية حادة[٤].

١–٣–١ الاضطرابات النفسية الشائعة (الاكتئاب والقلق)

الحالة ١–١



كانت مهى في الثالثة والعشرين عندما رُزقت بطفلها الأول. في الأيام الأولى للولادة، أخذت تشعر بميل إلى البكاء واختلطت عليها الأمور. طمأنتها القابلة القانونية بأنّها تمرّ في طور وجيز من الكرب العاطفيّ، كالذي يَشهده العديد من الأمهات. واقترحت على مهى وزوجها قضاء الكثير من الوقت معاً والاعتناء بالطفل. وقالت إنّ مزاجها سيتحسّن. وكما هو متوقّع، شعرت مهى بتحسّن بعد عدّة أيام. وبدا كل شيء على ما يرام لمدّة شهر أو نحو ذلك. وبعد ذلك بدأت مهى تشعر بالتعب والضعف بشكل تدريجيّ، واضطراب في النوم. كانت تصحو في الصباح الباكر، على الرغم من الشعور بالتعب. وأصبح رأسها مليئاً بالأفكار السلبيّة عن نفسها وعن طفلها، ما أثار عندها الخوف. وأصبح زوج مهى يشعر بالغضب من كسل سلوكها ولا مبالاتها. ولم يتبيّن الاكتئاب عند مهى إلا عندما زارتها المعالجة الاجتماعية لفحص الطفل.

ما هي المشكلة؟ تعاني مهى نوعاً من الاكتئاب قد يصيب الأمهّات بعد الولادة. ويسمّى اكتئاب ما بعد الولادة.

الحالة ١–٢

سلمى امرأة في الثامنة والخمسين، توفّي شريكها فجأة قبل عام. وكان أولادها قد غادروا القرية بحثاً عن العمل في مدينة كبيرة. وسرعان ما بدأت تشهد حالات أرق وفقدان شهيّة بعد وفاة شريكها ومغادرة أولادها. وأخذت تشعر بصداع وآلام في الظهر وآلام في المعدة وغير ذلك من الاضطرابات الجسدية، ما دفعها إلى زيارة العيادة المحليّة. فقيل لها إنّها بخير ووصفوا لها حبوباً منوّمة وفيتامينات. شعرت بتحسّن على الفور، لا سيّما في النوم. غير أنّ نومها ساء ثانية في غضون أسبوعين فراجعت العيادة. وصفوا لها المزيد من الحبوب المنوّمة والحقن. واستمرّ ذلك لعدة شهور، إلى أن أصبحت عاجزة عن النوم من دون حبوب منوّمة.

ما هي المشكلة؟ تعاني سلمى عارضاً «جسدياً» للاكتئاب ناتجاً من وفاة شريكها ووحدتها. لم يسأل طبيب العيادة عن حالتها العاطفيّة وأعطاها حبوباً منوّمة، ما دفعها إلى إدمان الحبوب المنوّمة.

(٤) حسب المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض – تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية – الأوصاف السريرية والدلائل الإرشادية التشخيصية، منظمة الصحة العالمية (ICD/10)، ١٩٩٩.



الحالة ١–٣

كان رامي في الثلاثين من عمره عندما تعرّض لحادث سير خطير. كان راكباً درّاجته الناريّة و صديقه على المقعد الخلفيّ. فصدمت حافلة الدرّاجة من الخلف، فسقط رامي وصديقه عنها. وارتعب رامي عندما رأى صديقه يقتل تحت عجلات الحافلة. بعد بضعة أيام من الحزن الشديد والصدمة، بدأ رامي يعاني نوبات من الخوف. ابتدأ ذلك عندما كان يتجوّل في السوق، وفجأة انتابه ضيق في التنفس وشعر بأنّ قلبه يخفق بشدّة. وكان والده يشكو من مشكلات في القلب، فأصبح رامي قلقاً من أن يصاب بمشكلة في القلب أيضاً. أشار عليه الطبيب بإجراء اختبارات بيّنت أنّ قلبه سليم. وبدأت تراود رامي كوابيس في أثناء النوم، بحيث يتكرّر أمامه مشهد الحادثة التي تعرّض لها. وكانت صور الحادثة تراوده حتى عندما يكون مستيقظاً، فيشعر بالخوف والتوتّر. وبدأ يعاني اضطراباً في النوم. وأخذ يشعر برغبة في الانتحار.

ما هي المشكلة؟ رامي يعاني من القلق الذي قد يصيب المرء بعد أن يتعرّض إلى حادث مفجع. ويسمّى ذلك «اضطراب ما بعد الصدمة» PTSD-Post Traumic Stress Disorder.

الإطار ١–١: السمات الرئيسيّة للاكتئاب

يشعر المصاب بالاكتئاب بالأعراض الآتية:

الجسد

- تعب وشعور بالإنهاك والضعف.
- أوجاع غامضة وآلام بكل أنحاء الجسم.

الشعور

- شعور بالحزن والبؤس.
- فقد الاهتمام بالحياة والتفاعل الاجتماعيّ والعمل، إلخ.
- مشاعر الذنب.

التفكير

- اليأس بشأن المستقبل.
- صعوبة اتخاذ القرارات.
- أفكار بالاختلاف عن الآخرين (تدنّي الثقة بالنفس).
- أفكار بالرغبة بالموت.
- أفكار بالانتحار.
- صعوبة في التركيز.

السلوك

- اضطراب في النوم (قلّة النوم عادة، لكن كثرة النوم بين الحين والآخر).
- ضعف الشهيّة (ازدياد الشهيّة في بعض الأحيان).
- انخفاض الشهوة الجنسيّة.

تتكوّن الاضطرابات النفسية الشائعة من نوعين من المشكلات العاطفيّة: الاكتئاب والقلق. **الاكتئاب** يعني الشعور بفتور الهمّة أو الحزن أو الضجر أو البؤس. وهو شعور يعانيه الجميع تقريباً في وقت ما من حياتهم. ويمكن اعتباره «عادياً» إلى حدّ ما. لكن ثمة أوقاتاً يبدأ فيها الاكتئاب بالتدخّل في الحياة ثم يصبح مشكلة. على سبيل المثال، تنتاب الجميع مشاعر الحزن أحياناً لكنّ معظم الأشخاص يتمكّنون من متابعة حياتهم، وتتواصل الحياة وتتلاشى النوبة. بيد أنّ الاكتئاب يدوم فترات طويلة في بعض الأحيان، بل إنّه يتعدّى الشهر، ويرتبط بأعراض موهنة مثل التعب وصعوبة التركيز، ويبدأ بالتأثير على الحياة اليوميّة ويجعل من الصعب العمل أو رعاية الأطفال الصغار في المنزل. وإذا بدأ الاكتئاب يعترض الحياة ويدوم فترة طويلة، يمكننا عندئذٍ الافتراض بأنّ ذلك الشخص يعاني مرضاً. يعرض الإطار ١–١ السمات الرئيسيّة للاكتئاب.

القلق إحساس بالخوف والعصبيّة. وهو شعور طبيعي في بعض الأوضاع، على غرار الاكتئاب. على سبيل المثال، يشعر الممثّل قبل ارتقاء خشبة المسرح أو الطالب قبل الامتحان بالقلق والتوتّر. ويبدي بعض الأشخاص قلقاً دائماً، لكن يبدو أنّهم يتمكّنون من تدبّر أمورهم. وعلى غرار الاكتئاب، يصبح القلق اضطراباً إذا دام مدّة طويلة (أكثر من أسبوعين على العموم)، أو تدخّل في حياة المرء اليوميّة، أو تسبّب بأعراض حادّة. وسمات القلق معروضة في الإطار ١–٢.

يعاني معظم الأشخاص المصابين باضطراب نفسي شائع مزيجاً من أعراض الاكتئاب والقلق. ولا يشكو معظمهم من أعراض الشعور أو التفكير بأنّها مشكلتهم الرئيسيّة بل يشهدون بدلاً من ذلك أعراضاً جسدية وسلوكيّة. على سبيل المثال، ربما يشعرون بأنّ الأعراض النفسيّة ستؤدّي إلى تسمية حالاتهم بأنّها حالات «نفسية» (٥–١–١).

يمكن أن تحدث ثلاثة أنواع من الاضطرابات النفسية الشائعة مع شكاوى محدّدة أو غير عاديّة:

- **الذعر** Panic هو عندما يحدث القلق في نوبات حادّة، ويستمرّ عادّة بضع دقائق. تبدأ نوبات الذعر فجأة وترتبط بأعراض جسدية حادّة وتجعل المصابين يشعرون بالخوف من أنّ شيئاً رهيباً سيحدث أو أنّهم سيموتون. وتحدث نوبات الذعر لأنّ الخائفين يتنفّسون بسرعة أكبر من المعتاد. ويؤدّي ذلك إلى حدوث تغيّرات في كيمياء الدم التي تسبّب الأعراض الجسدية.
- **الرهاب**[٥] (يسمّى أيضا الخواف والفوبْيا) Phobia هو عندما يشعر المرء بالخوف الشديد (ويصاب بنوبة ذعر في الغالب) في أوضاع محدّدة فقط. ومن الحالات الشائعة: الخوف من الأماكن المزدحمة مثل الأسواق والحافلات (كما في الحالة ١–٣)، والأماكن المغلقة مثل الغرف الصغيرة أو المصاعد، وفي الأوضاع الاجتماعيّة مثل الاجتماع بالأشخاص. وغالباً ما يبدأ الشخص المصاب بالرهاب بتجنّب الوضع الذي يسبّب له القلق، بحيث إنّه في الحالات الحادّة، قد يتوقّف تماماً عن الخروج من البيت.
- **الاضطرابات الوسواسيّة القهرية** Obsessive Compulsive Disorder هي حالات تتكرّر فيها الأفكار عند المرء (الوساوس) أو يقوم بأشياء بشكل متكرّر (دوافع نفسيّة قهرية) مع أنّه يعرف أنّها غير ضروريّة أو غبيّة. ويمكن أن تصبح الوساوس أو الدوافع النفسيّة القهرية متواترة بحيث تؤثّر على تركيز الشخص وتؤدّي إلى الاكتئاب.

يوضح الفصلان الخامس والسابع كيفيّة ظهور الاكتئاب والقلق في أماكن الرعاية الصحيّة وكيفيّة معالجة هذه المشكلات.

الإطار ١–٢ السمات الرئيسيّة للقلق النفسي

يعيش من يعاني القلق بعض الأعراض الآتية:

الجسد

- الشعور بسرعة نبض القلب (خفقان).
- شعور بالاختناق.
- دوار.
- ارتعاش، رجفة في كل الجسم.
- صداع.
- وخز في الأطراف أو الوجه (شعور بالتنمّل الخدر).

الشعور

- الشعور بأنّ شيئاً رهيباً سيحدث.
- الشعور بالخوف.

التفكير

- القلق كثيراً بشأن مشكلاته أو صحّته.
- أفكار بأنّه سيموت أو يفقد السيطرة أو يجنّ (غالباً ما ترتبط هذه الأفكار بأعراض جسدية حادّة وخوف كبير).
- تكرار التفكير بالحزن على الرغم من محاولات وقف التفكير به.

السلوك

- تجنّب الأوضاع التي يخشاها، مثل قيادة السيارة أو النقل العام.
- النوم السيء.

ملاحظة: القلق النفسي يختلف عن الشعور بالعصبية والقلق الذي يسبق حدوث شيء معلوم، حيث إن القلق النفسي يكون لا سبب له ولا يمكن التحكم في ايقاف الشعور بالقلق. وفي الحالة «المرضية» يكون القلق أحد أسباب عدم التقدم أو عدم التفكير في حل. أما الخوف، فعادةً ما يكون من مصدر خارجي ويجعل الجسم مستعداً للتصرف إما عن طريق الفرار من الموقف أو حماية نفسه باستخدام القوة الجسدية. يختلف الخوف الطبيعي عن الرهاب (الخواف) في أن الرهاب هو عبارة عن خوف شديد جداً وغير مبرر من أمرٍ ما، أي عندما يكون رد فعل الخوف أكبر مما يتطلبه الموقف أو مما يتحمله الانسان فيصبح مشكلة. (الموسوعة الصحية، ٢٠٠٧).

١–٣–٢ «العادات السيئة»

الحالة ١–٤

سعد رجل في الرابعة والأربعين من العمر يرتاد العيادة منذ عدّة أشهر بسبب مشكلات جسدية عديدة. ومن مشكلاته الرئيسيّة أنّه لا ينام جيّداً، وأنّه غالباً ما يشعر بالغثيان في الصباح، ويشعر بتوعّك بشكل عامّ. ذات يوم قدم إلى العيادة شاكياً من حرقة شديدة في المعدة. لم تنفعه مضادات الحموضة، كما من قبل. عاينه أحد الأطبّاء، فوصف له مزيداً من مضادّات الحموضة والرانيتيدين، وهو دواء يساعد في التئام قروح المعدة. وعندما أوشك على مغادرة العيادة، لاحظ الطبيب أنّ سعد شديد التعرّق وأنّ يديه ترتجفان. فسأل سعد ما إذا كان يعاني مشكلات أخرى. فأخذ يبكي. اعترف أنّ مشكلته الرئيسيّة إقدامه على شرب كميّات متزايدة من الكحول في الأشهر القليلة الماضية للتعامل مع الضغط الذي يتعرّض له في العمل. وأنّه لا يستطيع أن يفوّت يوماً واحداً من دون أن يشرب.

ما المشكلة؟ يعاني سعد الإدمان على الكحول. وكثير من مشكلاته يعود إلى الضرر المباشر الذي تسببه له الكحول. وبعض الأعراض ناتج من الكرب الذي يشعر به بسبب الإنقطاع عن تناول الكحول.

الحالة ١–٥

تامر طالب ثانويّ في الثامنة عشرة من العمر. ولطالما كان مجدّاً ونزيهاً. غير أنّ والدته لاحظت مؤخّراً أنّه يعود إلى البيت في ساعة متأخرة من الليل، وأنّ علاماته في المدرسة أخذت تتراجع، وأنّه ينفق مزيداً من المال. كذلك لاحظت أنّ بعض النقود فُقدت من محفظتها. وخشيت أن يكون تامر قد سرقها. كما لاحظت أنّه لم يعد يقضي وقته مع أصدقائه القدامى والأسرة، وأنّه يخرج مع مجموعة جديدة من الأصدقاء الذين لم يقدّمهم إلى والديه. اقترحت عليه أمّه استشارة مرشد صحي لكنّه رفض. قرّر العامل الصحيّ زيارة تامر في المنزل. وكان تامر متردّداً في بحث أي شيء في البداية. لكنّه بعد أن ازدادت ثقته في العامل الصحيّ، اعترف بأنّه يتعاطى الهيروين بانتظام منذ عدّة أشهر، وأنّه أصبح مدمناً. وقد حاول التوقف عدّة مرّات، لكنه كان يشعر بمرض شديد فيعاود تعاطيه. وقال إنّه يريد المساعدة لكنّه لا يعرف إلى من يلجأ.

ما المشكلة؟ أصبح تامر مدمناً الهيروين. ونظراً لإدمانه فقد تأثّر أداؤه في المدرسة وصار يصاحب أصدقاءه الجدد الذين يتعاطون المخدّرات أيضاً. ولجأ إلى السرقة لدفع ثمن المخدّرات.



يمكن الإدمان على أنواع مختلفة من المخدّرات

يقال إنّ المرء مدمن على الكحول أو المخدّرات عندما يتسبّب استخدامها في الإضرار بصحّته الجسدية أو النفسية أو الاجتماعيّة. عادةً، يصبح من الصعب على الأشخاص وقف استخدام هذه الموادّ لأنّها قد تسبّب انزعاجاً جسدياً ورغبة شديدة في تعاطي المادّة (متلازمة الانسحاب Withdrawal syndrome). وتسبّب مشكلات الإدمان ضرراً كبيراً للذين يتعاطونها، ولأسرهم والمجتمع في نهاية المطاف. فالكحول على سبيل المثال لا تضرّ شاربها فقط من خلال تأثيراتها الجسدية، لكنّها ترتبط أيضاً بارتفاع معدّلات الانتحار، ومشكلات الزواج والعنف المنزليّ، وحوادث الطرق، وازدياد الفقر. ونادراً ما يكون إدمان الكحول بالنسبة لمعظم المفرطين في الشرب سبباً رئيسيّاً للجوء إلى العناية الطبيّة، لذا علينا أن نكون متنبّهين ونسأل الغير عن عادات الشرب، لا سيما عندما يوحي حضورهم إلى العيادة بأنّ المشكلة قد تكون مرتبطة بالشرب. السمات الرئيسيّة لإدمان الكحول في الإطار ١ – ٣.

يمكن الإدمان على أنواع مختلفة من المخدّرات (قد يدمن الإنسان أنواعاً مختلفة من المخدرات، وأكثرها شيوعاً، بالإضافة إلى الكحول، والقنّب الهنديّ، والأفيون، والمخدّرات المستخرجة منها كالهيروين، والكوكايين ومنبّهات أخرى مثل الـ «سْبيد» speed ؛ والأدوية المسكّنة. راجع الدلائل البارزة على أدمان المخدرات في الإطار ١– ٤).

وإلى جانب إدمان المواد المخدرة، ثمة عادات أخرى من شأنها أن تضرّ بصحّة الإنسان، منها تدخين السجائر، وإدمان الحبوب المنوّمة، والمقامرة. وقد أوردنا في الفصل السادس نصائح حول كيفية تحديد الأشخاص الذين يعانون مشكلة العادات السيئة وطرق مساعدتهم.

١–٣–٣ الاضطرابات النفسية الحادة: الذُهان (سايْكوزيْسْ)

تتضمّن هذه المجموعة من الاضطرابات النفسية ثلاثة أنواع من «الأمراض»: الفصام، واضطراب الهوس – الإكتئابي Bipolar Disorder (ويسمّى أيضاً الاضطراب ثنائيّ القطب)، والذهان قصير الأمد. وعلى الرغم من أنّ هذه الاضطرابات نادرة، إلا أنّها تترافق مع مشكلات بارزة في السلوك وأفكار غريبة أو غير اعتياديّة. لذلك ترتبط هذه الاضطرابات ارتباطاً مباشراً بالاضطرابات النفسيّة. فمعظم «المرضى» في مستشفيات الأمراض النفسية والعقلية يعانون مختلف أنواع الذهان.

الإطار ١– ٣ الدلائل البارزة على إدمان الكحول

يشكو الأشخاص الذين يدمنون الكحول من بعض الأعراض الآتية:

أعراض جسدية

- مشكلات في المعدة، مثل التهاب المعدة أو القرحة.
- أمراض الكبد واليرقان.
- تقيُّؤ الدم.
- التقيُّؤ أو الغثيان في الصباح.
- الرجفة، ولاسيما في الصباح.
- الحوادث والإصابات.
- ردود فعل انقطاعيّة، مثل النوبات المرضيّة، والتعرّق، والتشوّش.

أعراض إنفعالية

- الشعور بالضعف وبعدم القدرة على السيطرة على الذات.
- الشعور بالذنب حيال شرب الكحول.

أعراض فكريّة

- رغبة قويّة في شرب الكحول.
- التفكير المستمرّ في المناسبة التالية للشرب.
- التفكير في الانتحار.

أعراض سلوكيّة

- صعوبة في النوم.
- الحاجة إلى شرب الكحول في ساعات النهار.
- الحاجة إلى شرب الكحول في الصباح الباكر للتحرّر من الانزعاج الجسدي.

الإطار ١– ٤ الدلائل البارزة على إدمان المخدّرات

يشكو الأشخاص الذين يدمنون المخدّرات من بعض الأعراض الآتية:

أعراض جسدية

- مشكلات في التنفّس، مثل الرّبو.
- التهابات في الجلد، والقرحة عند الأشخاص الذين يتناولون المخدرات بالحقن.
- ردود فعل غير طبيعيّة في حال عدم تناول المخدّر، مثل الغثيان، والقلق، والرجفة، والإسهال، وتشنّج المعدة، والتعرّق.

أعراض انفعالية

- الشعور بالضعف وبعدم القدرة على السيطرة على الذات.
- الشعور بالذنب حيال تناول المخدرات.
- الشعور بالحزن والاكتئاب.

أعراض فكريّة

- رغبة قوية في تناول المخدّر.
- التفكير المستمرّ في المناسبة التالية لتناول المخدّر.
- التفكير في الانتحار.

أعراض سلوكيّة

- صعوبة في النوم.
- حدّة الطبع التي تتجلّى في سرعة الانفعال.
- سرقة المال لشراء المخدّرات، والتورّط في مشكلات مع العدالة.

الحالة ١– ٦

كان مازن طالباً جامعياً في الخامسة والعشرين من عمره. أُحضِرَ إلى العيادة العام الماضي بعد أن بدأ يقفل على نفسه باب غرفته. كان مازن طالباً جيّداً ولكنّه رسب في امتحاناته الأخيرة. قالت أمّه إنـّه يقضي ساعاتٍ ينظر إلى الفضاء، ويتمتم أحياناً وكأنّه يُكلّم شخصاً وهميّاً. نقله أهله إلى العيادة. وقد رفض التحدّث إلى الممرّضة في البداية، ولكن بعد قليل أقرّ بأنّه يعتقد أنّ أهله وجيرانه يتآمرون لقتله، وبأنّ الشيطان يتدخّل في تفكيره. قال إنـّه يسمع جيرانه يتكلّمون عنه ويقولون كلاماً شرّيراً وراء بابه، وإنه يشعر بأنـّه ممسوس، ولكنّه لم يفهم لماذا جيء به إلى العيادة مع أنّه ليس مريضاً.

ما المشكلة؟ مازن يعاني اضطراباً نفسيّاً حادّاً يسمّى «الفصام»، الأمر الذي أدّى به إلى سماع أصوات وتخيُّل أمور غير حقيقيّة **(انظر الصفحة التالية).**



الإطار ١– ٥ الدلائل البارزة على الفصام

يشكو الأشخاص المصابون بالفصام من بعض الأعراض الآتية:

الأعراض الجسدية

- شكاوى غريبة، مثل الشعور بأنّ حيواناً أو أجساماً غير عاديّة موجودة في داخل جسد المريض.

أعراض انفعالية

- الاكتئاب.
- فقدان الاندفاع والاهتمام بالنشاطات اليوميّة.
- الشعور بالخوف من التعرّض للأذى.

أعراض فكريّة

- صعوبة في التفكير بوضوح.
- أفكار غريبة، مثل الاعتقاد أنّ الآخرين يحاولون إيذاءهم أو أنّ قوى خارجيّة تتحكّم بذهنهم (تسمّى هذه الأفكار أيضاً «توهـمّات»).

أعراض سلوكيّة

- الانقطاع عن تأدية الأنشطة اليومية.
- الحركة الزائدة والمستمرة.
- السلوك العدوانيّ.
- السلوك الغريب مثل الاحتفاظ بالنفايات.
- عدم الاعتناء بالمظهر وبالنظافة الشخصيّة.
- إعطاء إجابات خارجة عن موضوع الأسئلة.

أعراض تخيُّليّة

- سماع أصوات تتكلـّم عنهم، ولاسيّما أصوات شرّيرة (هلوَسات).
- رؤية أشياء لا يراها الآخرون (هلوَسات).

الإطار ١– ٦ الدلائل البارزة على الهوَس

يشكو الأشخاص المصابون بالهوَس من بعض الأعراض الآتية:

أعراض انفعالية

- الشعور بأنّهم أعلى من العالم كلّه.
- الشعور بالفرح من دون أيّ سبب.
- حدّة الطبع وسهولة الانزعاج.

أعراض فكريّة

- الاعتقاد أنـّهم يتمتـّعون بقوى خارقة أو بأنـّهم أشخاص مميّـزون.
- الاعتقاد أنّ الآخرين يحاولون إيذاءهم.
- إنكار مرضهم إنكاراً مطلقاً.

أعراض سلوكيّة

- السرعة في التكلّم.
- قلّة المسؤوليّة الاجتماعيّة، بما في ذلك السلوك الجنسيّ غير اللائق.
- عدم القدرة على الاسترخاء أو القعود من دون حركة.
- قلـّة النوم.
- محاولة إنجاز أمور كثيرة والفشل في إتمام أيّ منها.
- رفض العلاج.

أعراض تخيُّليّة

- سماع أصوات لا يسمعها الآخرون (وغالباً ما تخبرهم هذه الأصوات أنهم أشخاص مميّزون يمكنهم القيام بأمور عظيمة).

الفصام (أو «سْكيْزوفْرِيْنْيا») اضطراب نفسيّ حادّ يبدأ عادةً قبل سنّ الثلاثين. وقد يصبح المصاب به عدوانيّاً أو منقطعاً، كما أنـّه قد يتكلـّم بطريقة غير ملائمة أو يكلـّم نفسه. أضف إلى ذلك أنه قد يشكّ في الآخرين ويعتقد أموراً غريبة، فيظنّ مثلاً أنّ أفكاره تتعرّض لتدخّلات خارجيّة، ويشكو أحياناً من هلوَسات، فيسمع أصواتاً لا يسمعها سواه. ولسوء الحظ، نادراً ما يعترف المصابون بالفصام بأنّهم يُعانون مرضاً، وبالتالي لا يلجأون إلى العلاج بإرادتهم. وتجدر الإشارة إلى أنّ الفصام مرضٌ طويل الأمد عادةً، ويستمرُّ عدّة شهور أو عدّة سنين، وقد يتطلّب علاجاً طويل الأمد أيضاً. الدلائل البارزة على الفصام مذكورة في الإطار ١– ٥.

الحالة ١ – ٧

غادة سيّدة في الحادية والثلاثين، أحضرها زوجها إلى العيادة لأنها بدأت قبل أسبوع تتصرّف بشكل غير اعتياديّ. كانت تنام أقلّ من العادة وتتحرّك باستمرار. أضف إلى ذلك أنّها لم تعد تهتمّ بالمنزل والأولاد كما في السابق. كانت تتكلّم كثيراً وغالباً ما تتفوّه بأمور غير حقيقيّة وتفوق الطبيعة. فقد قالت مثلاً إنّ باستطاعتها شفاء الآخرين، وإنّها تنتمي إلى عائلة ثريّة (مع أنّ زوجها عاملٌ في مصنع)، كما أنـّها باتت تُنفق أكثر من عادتها على الملابس ومساحيق التجميل. وعندما حاول شريكها إحضارها إلى العيادة، ثار غضبها وحاولت ضربه، ولكنْ جيرانه ساعدوه على نقلها بالإكراه.

ما المشكلة؟ غادة تعاني اضطراباً نفسيّاً حادّاً يُسمّى «الهَوَس»، ما دفعها إلى تصديق أمور تفوق الطبيعة وأثار غضبها عندما حاول زوجها إحضارها إلى العيادة.



اضطراب الهوس ـ الاكتئابي (manic-depressive illness أو الاضطراب ثنائيّ القطب Bipolar disorder) متّصل اتّصالاً شائعاً بقطبَين، أو وجهَين متطرّفـَين للمزاج: المزاج «المبتهج» mania (أو الهوس) والمزاج «المنخفض» Depression (أو الاكتئاب). يبدأ هذا الاضطراب عادةً في سنّ البلوغ، وغالباً ما يكتشفه العامل الصحّي بسبب المرحلة الهوَسيّـة (لائحة الدلائل البارزة في الإطار ١– ٦). أمّا المرحلة الاكتئابيّة فهي شبيهة بالاكتئاب الذي يندرج في الاضطرابات النفسيّة العاديّة، غير أنّها عادةً أشدُّ خطراً منه. تجدر الإشارة إلى أنّ إحدى الصفات النموذجيّة لهذه الحالة هي أنّها تأتي بصورة عرضيّة، أي أنّ المضطرب قد يمضي فترات من دون أيّ أعراض للاضطراب، حتّى من دون اتّباع العلاج. على عكس ذلك، فإنّ المصاب بالفصام قد يبقى مضطرباً في غياب الدواء.

الحالة ١ – ٨

راكان رجلٌ في الرابعة والثلاثين، بدأت تصدر عنه تصرّفات غريبة فجأةً، قبل إحضاره إلى العيادة بثلاثة أيّام. فقد أصبح كثير الحركة، يقول كلاماً تافهاً ويتصرّف بطريقة وقحة، فينزع ثيابه أمام الناس. لم يسجَّل له أيّ مرضٍ نفسيّ سابق، ولم يدوَّن في سجلّه الطبيّ سوى ارتفاع في الحرارة وآلام في الرأس، قبل ظهور سلوكه الغريب بأيّـام قليلة. عند إحضاره إلى العيادة، بدا مشوّشاً، ولم يُدرك لا المكان ولا الزمان. كان يرى أشياء لا يراها سواه، ولم يقدر أن يجيب بدقـّة عن أسئلة العامل الصحّي. كانت حرارته مرتفعة أيضاً، وتبين أنـّه يعاني الملاريا الدماغيّة.

ما المشكلة؟ يعاني راكان اضطراباً نفسيّاً حادّاً يُسمّى «الهذيان» «ديْليرْيومْ»، أو «التشوّش»، أو «الذهان الحادّ». وحالته هذه سببُها الملاريا الدماغيّة.



يظهر الذهان الحادّ أو الذهان قصير الأمد شبيهاً بالفصام (الإطار ١ – ٧)، ولكنّه يختلف عنه بأنّه يبدأ فجأةً ويدوم فترةً قصيرة. وبالتالي فإنّ معظم المصابين به يُشفـَون تماماً في غضون شهر ولا يحتاجون إلى علاج طويل الأمد. تأتي حالات الذهان قصير الأمد عادة نتيجة حدث مفاجئ مسبّب للضغط، مثل وفاة شخص عزيز. غير أنـّها تنتج أحيانـاً من مرض دماغيّ أو طبيّ حادّ، وفي هذه الحال، تُسمّى أيضاً «الهذيان» (الإطار ١ – ٨). وغالباً ما يستدعي الهذيان علاجاً طبـيّاً طارئاً.

يمكن الاطّلاع على النصائح حول كيفيّـة التعاطي مع الاضطرابات النفسيّة الحادّة في الفصل الرابع.

الإطار ١– ٧ الدلائل البارزة على الذهان الحادّ أو الذهان قصير الأمد

الأعراض شبيهة بأعراض الفصام والهوَس (أنظر الإطارين ١– ٥ و ١– ٦). ولكنّ البارز هنا هو أنّ الأعراض تظهر فجأةً وتدوم أقلّ من شهر. أمّا الأعراض النموذجيّة فهي:

- اضطراب سلوكيّ حادّ، ولاسيّما كثرة الحركة والعدوانيّة.
- سماع أصوات ورؤية أشياء لا يستطيع الآخرون سماعها أو رؤيتها.
- معتقدات غريبة.
- التفوه بكلام غير مترابط.
- وضع عاطفيّ يطغى عليه الخوف أو تقلّب سريع في الحالات العاطفيّة (الانتقال من البكاء إلى الضحك).

١–٣–٤ «التخلّف» أو «التأخر العقليّ»



يُسقط عددٌ كبير من العاملين الصحيين المصطلح «تخلُّف عقليّ» mental retardation، إذ أنّه غالباً ما يُستخدم بصورة تمييزيّة، ولذلك يُفضّلون الاستعاضة عنه بالمصطلح «تأخر عقلي» أو «إعاقة تعلميّة learning disability».

في هذا الدليل سوف نستخدم مصطلح «التأخر العقليّ» لأنّه أكثر استعمالاً وأدقّ وصفاً لحالات النموّ العقليّ المتأخـر، واحتراماً منا لحقوق الأفراد الذين يعانون هذا الاضطراب.

ليس التأخر العقليّ «مرضاً» نفسيّاً بالمعنى المطلق للكلمة، ذلك أنّ «المرض» يعني عادة مشكلة صحيّة لها بداية ونهاية. غير أنّ التأخر العقليّ هو «حالة»، أي أنـه يرافق الإنسان منذ صغر سنّه حتى نهاية حياته. فالتأخر العقلي يعني في الواقع أنّ نموّ الدماغ (وبالتالي القدرات الذهنيّة) يكون أبطأ عند بعض الأطفال منه عند سواهم. وغالباً ما يَحضر الأشخاص المتأخرون عقليّاً إلى العامل الصحيّ بمبادرة من أحد أقاربهم القلقين عليهم، لعدّة أسباب منها إهمال المظهر والصحّة الشخصيّة، والصعوبات المدرسيّة، والمشكلات السلوكيّة ولاسيّما العدوانيّة (الإطار ١– ٩).

الحالة ١– ٩

وُلدت الطفلة رنا بعد فترة من المخاض البالغ الصعوبة، فقد بقيت أمّها في هذه المرحلة يومين وكانت الطفلة عالقةً في عنق الرحم. وعندما أعلنت القابلة في القرية أنّ الوالدة بحاجة إلى مساعدة طبيّة، نُقلت إلى مستشفى يبعد عن القرية مدّة ثلاث ساعات تقريباً. وهناك، كان من الضروريّ إجراء عمليّة جراحيّة لإخراج الطفلة. انقطع تنفّس الطفلة عدّة دقائق بعد ولادتها، ولولا تدخّل الأطبّاء في العلاج لكانت ماتت. لا شكّ في أنّها كانت غالية جدّاً بالنسبة إلى والديها، وقد اعتنى كلاهما بالطفلة التي بدت طبيعيّة جدّاً في الأشهر القليلة الأولى. إلا أنهما لاحظا فيما بعد أنّ رنا تأخـرت في تعلّم الجلوس والمشي مقارنةً مع ابنهما الآخر سمير. ففي حين أنّ سمير أتقن المشي في سنته الأولى، لم تمشِ رنا إلا في عمر السنتين تقريباً. حتى إنّ النطق بدا متأخـراً عندها، فلم تقدر أن تنادي أمّها حتّـى في عمر السنتين. عندئذ أدرك والداها أنّ الطفلة لم تكن بحالة جيّدة. فاصطحباها إلى طبيب أطفال سألهم عدّة أسئلة حول سنوات عمرها القليلة.

الإطار ١– ٨ الدلائل البارزة على الهذيان («ديلِيْرِيُوم»، الذهان الحادّ الناتج عن «مرض» دماغيّ أو طبيّ)

يشكو الأشخاص الذين يعانون الهذيان من بعض الأعراض الآتية:

- الضياع الزماني– المكاني (لا يدركون المكان والزمان).
- ارتفاع الحرارة، وكثرة التعرّق، وارتفاع النبض، وإشارات جسدية أخرى.
- ضعف في الذاكرة.
- مشكلات متعلّقة بالنوم.
- هلوسات بصريّة (يرون أشياء لا يراها سواهم).
- أعراض تختلف بين ساعةٍ وأخرى، فتارةً حالة من الشفاء الظاهريّ، وطوراً فترات من الأعراض الحادّة.

الإطار ١– ٩ الدلائل البارزة على التأخّر العقليّ

يشكو الأشخاص الذين يعانون تأخراً عقليّاً من بعض الأعراض التالية:

- التأخّر في اتقان وظائف في منتهى السهولة، مثل الجلوس، والمشي، والنطق.
- صعوبات مدرسيّة، ولاسيّما في التكيّف مع الدروس والرسوب المتكرّر.
- صعوبة في التواصل مع الآخرين، ولاسيّما مع الأطفال من العمر نفسه.
- سلوك جنسي غير لائق.
- في سنّ البلوغ: مشكلات في الأنشطة اليوميّة، مثل الطبخ، وإدارة المال الخاص، وإيجاد عمل والمحافظة عليه، وما إلى ذلك.

ما المشكلة؟ شرح الطبيب بدقّة أنّ رنا تعاني تأخراً عقليّاً، ربّما نتيجة تضرّر الدماغ وتأخّر وصول الوالدة إلى المستشفى في أثناء المخاض.

يأتي التأخر العقليّ على درجات مختلفة:

- **التأخر البسيط:** قد يؤدّي إلى صعوبة في الدراسة من دون أيّة مشكلات أخرى؛
- **التأخر المتوسط:** قد يحول دون تمكّن الشخص من الاستمرار في الدراسة ويؤدّي إلى الفشل في الاعتناء بالمظهر وبالنظافة الشخصيّة عن طريق الاستحمام مثلاً؛
- **التأخر الشديد:** غالباً ما يعني أنّ الشخص يحتاج إلى المساعدة حتى في أبسط النشاطات مثل الأكل.

ففي حين أنّ ذوي التأخر البسيط قد يعيشون طوال حياتهم من دون استشارة عامل صحّي، تبدو الإعاقة جليّةً عند ذوي التأخر الحادّ وتُشخَّص منذ الطفولة المبكرة. وفي حين أنّ ذوي التأخر البسيط قد يستطيعون العيش وحدهم وشغل بعض الوظائف، يحتاج ذوو التأخر الحادّ إلى الإشراف والرعاية عن كثب في غالبية الوقت.

يمكن الاطّلاع على النصائح حول كيفيّة مساعدة الأطفال الذين يعانون تأخراً عقليّاً في القسم ٨– ١، وعلى المعلومات عن الوقاية من التأخر العقليّ في القسم ١٠– ٢.

١–٣–٥ مشكلات الصحة النفسيّة عند كبار السنّ

الحالة ١– ١٠

كان سعيد، وهو ساعي بريد متقاعد في السبعين من عمره وقد توفّيت زوجته قبل عشر سنوات، يعيش مع ابنه وزوجته ابنه. في السنوات الأخيرة، أصابه النسيان شيئاً فشيئاً، الأمر الذي اعتبره أفراد الأسرة ناتجاً من «التقدّم في السنّ». غير أنّ ظاهرة النسيان عنده ساءت إلى أن ضلّ طريق المنزل في أحد الأيام. صار ينسى أسماء أقاربه، بمن فيهم أحفاده المفضّلون. بات سلوكه غير متوقَّع، وأصبح حادّ المزاج، سريع الغضب، في حين أنّه يجلس ساعات من دون أن يقول أيّ كلمة. بدأت صحّته الجسدية تتدهور، وفي أحد الأيام أصيب بنوبة. أحضره ابنه إلى المستشفى، حيث أجريت له صورة دماغيّة أظهرت تغيّرات في بنية الدماغ، استُنتج منها أنّ سعيد يعاني خرف الشيخوخة.

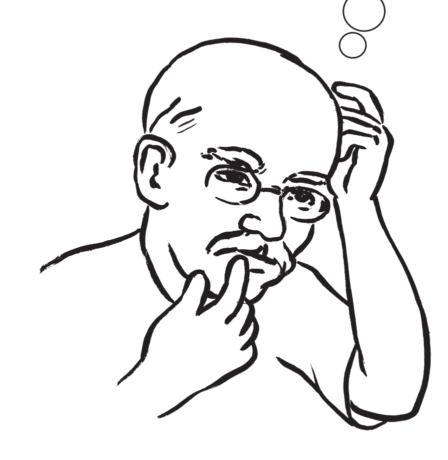
ما المشكلة؟سعيد يعاني نوعاً من أمراض الدماغ الشائعة في سنّ الشيخوخة، ويُسمّى خرف الشيخوخة Dementia. يبدأ هذا المرض بظهور أعراض النسيان، ويسوء مع الوقت ليؤدّي إلى مشكلات سلوكيّة.

يعاني كبار السنّ نوعين من الاضطرابات النفسيّة: الأوّل هو الاكتئاب المرتبط عادةً بالوحدة، وتردّي الصحّة الجسدية، والعجز، والفقر، وهو يشبه الاكتئاب في الفئات العمريّة الأخرى. أمّا المشكلة النفسيّة الأخرى في سنّ الشيخوخة فهي خرف الشيخوخة (الإطار ١– ١٠)، وهو مرضٌ شائع عند كبار السنّ دون سواهم.

الإطار ١– ١٠ الدلائل البارزة على خرف الشيخوخة

يشكو الأشخاص المصابون بخرف الشيخوخة (ونادراً ما يكونون دون الستين من العمر) من بعض الأعراض الآتية:

- نسيان أمور هامة مثل أسماء الأصدقاء أو الأقارب.
- ضلال الطريق في أماكن مألوفة، مثل طرقات الضيعة أو طريق المنزل.
- حدّة المزاج وسرعة الانفعال.
- الانقطاع عن الآخرين أو الظهور بمظهر محبَط.
- الضحك والبكاء من دون سبب.
- صعوبة متابعة محادثة.
- عدم معرفة الزمان والمكان.
- التكلّم بشكل غير ملائم وغير منطقيّ.



يمكن الاطّلاع على المشكلات السريرية المتعلّقة بخرف الشيخوخة في القسم ٤– ٧. أمّا كيفيّة إدراج الصحّة النفسيّة في إطار الرعاية الصحيّة عند كبار السنّ، فيمكن الاطّلاع عليها في القسم ٩– ٩.

١–٣–٦ مشكلات الصحة النفسيّة عند الأطفال

في ما يأتي بعض أنواع المشكلات النفسيّة التي يعانيها الأطفال بصورة شائعة:

- عسر القراءة (ديسْليكْسيا Dyslexia) الذي يعيق القدرة على التعلّم.
- فرط النشاط (النشاط الزائد Hyperactivity)، أي عندما يكون الأطفال كثيري الحركة.
- اضطرابات سلوكيّة، أي عندما يسيء الأطفال التصرّف أكثر بكثير مما هو شائع.
- الاكتئاب (Depression)، أي عندما يصبح الطفل حزيناً.
- التبول الليلي اللاإرادي (Nocturnal enuresis)، أي عندما يَبُول الطفل في الفراش بعد السنّ الطبيعية لذلك.

بالإضافة إلى هذه الحالات، لا بدّ من لفت الانتباه خصوصاً للأطفالُ الذين تعرّضوا لسوء المعاملة.

أمّا أبرز ما ينبغي تذكّره فهو أنّ هذه المشكلات النفسيّة عند الأطفال غالباً ما تتحسّن، وأن بعض الأطفال يُشفون منها تماماً، على عكس التأخر العقليّ. لذلك لا يجوز أن نعتبر مسبقاً أنّ كلّ طفل يعاني مشكلةً سلوكيّة هو متأخر عقليّاً.

يمكن الحصول على معلومات إضافية عن هذه المواضيع في الفصل الثامن، وفي الأقسام ٩– ٦، و ٩– ٧، و١٠– ٣.

الإطار ١– ١١ الدلائل البارزة على مظاهر الاضطرابات النفسيّة عند الأطفال

في ما يأتي العلامات الأساسيّة التي تشير إلى مرض نفسيّ عند الأطفال:

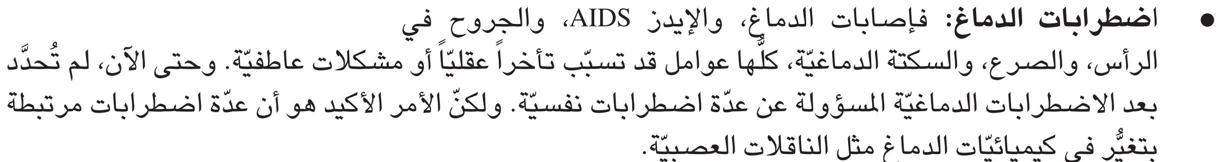
- أداء سيّئ في الدروس مع أنّ الذكاء طبيعيّ.
- كثرة الحركة المستمرّة وعدم القدرة على التركيز.
- الدخول في خلافات ومشاجرات دائماً مع أطفال آخرين.
- الإنزواء وعدم اللعب والتواصل مع الأطفال الآخرين.
- رفض الذهاب إلى المدرسة.

١–٤ أسباب الاضطراب النفسيّ

تستعمل التفسيرات الطبيّة والتقليديّة لفهم أسباب المشكلات الصحيّة في بلدان وثقافات كثيرة. وغالباً ما ترتبط التفسيرات التقليديّة بأسباب «روحيّة» أو خارقة للطبيعة، مثل الأرواح الشريرة أو السحر. لذلك لا بدّ من أن نطّلع على المعتقدات السائدة في ثقافنا. ولكن ينبغي أيضاً أن نطّلع على النظريات الطبيّة، وأن نستعملها لتفسير الاضطراب النفسيّ الذي يعاني منه الأشخاص الذين يستشيروننا. من المفيد ألا ننسى العوامل الأساسيّة الآتية التي قد تؤدّي إلى اضطراب نفسيّ:



- **أحداث حياتيّة مسبّبة للضغط:** فالحياة مليئة بالخبرات والأحداث، ومنها ما يدفع بالإنسان إلى الشعور بالقلق والضغط. صحيحٌ أنّ معظم الناس يتعلّمون تخطّي هذه الأحداث ومواصلة حياتهم، غير أن تراكم الأحداث المسببة للضغط (المجهِدات) قد تؤدّي أحياناً إلى اضطراب نفسيّ. ومن الأحداث الحياتيّة التي قد تؤدّي إلى ضغط كبير: البطالة، ووفاة شخص عزيز، والمشكلات الاقتصاديّة ولاسيّما الديون، والوحدة، والعقم، والخلافات الزوجية، والعنف، والصدمة.
- **النشوء في أسرة غير داعمة وغير مستقرة:** فالأشخاص الذين قضوا طفولةً غير سعيدة بسبب العنف أو الإهمال العاطفي معرّضون للاضطرابات النفسيّة في حياتهم المستقبليّة، مثل الاكتئاب والقلق. **فالظروف الأسرية الصعبة كالتفكّك الأسري والمشكلات الأسرية تؤثر بشدة على صحة الفرد النفسية.**



- **اضطرابات الدماغ:** فإصابات الدماغ، والإيدز AIDS، والجروح في الرأس، والصرع، والسكتة الدماغيّة، كلّها عوامل قد تسبّب تأخراً عقليّاً أو مشكلات عاطفيّة. وحتى الآن، لم تُحدَّد بعد الاضطرابات الدماغيّة المسؤولة عن عدّة اضطرابات نفسيّة. ولكنّ الأمر الأكيد هو أن عدّة اضطرابات مرتبطة بتغيُّر في كيميائيّات الدماغ مثل الناقلات العصبيّة.
- **الوراثة والجينات:** تعتبر الوراثة عاملاً مهماً بالنسبة إلى الاضطرابات النفسيّة الشديدة. بالرغم من ذلك، إذا كان احد الوالدين يعاني من اضطراب نفسي، فان احتمال إصابة الطفل باضطراب نفسي يبقى احتمالاً ضعيفاً. لأنّ هذه الاضطرابات النفسية، مثلها مثل داء السكريّ ومرض القلب، تتأثّر أيضاً بعوامل خارجيّة محيطة.
- **مشكلات طبيّة:** قد ينتج الاضطراب النفسيّ الحادّ من بعض الأمراض الجسدية، مثل قصور الكلى والكبد. حتّى إنّ بعض الأدوية (كالتي تستعمَل لمعالجة ارتفاع ضغط الدم) قد تؤدّي إلى الاكتئاب، فضلاً عن أنّ عدّة أدوية قد تسبب الهذيان عند كبار السنّ في حال تناولها بجرعات كبيرة.
- **أسباب مجتمعية:** تؤثّر الظروف البيئية المحيطة في الصحة النفسية. فالظروف الصعبة التي تسود في بلدان عربية، كالعنف والأزمات والحصار والحروب والبطالة والفقر والنكسات المتكررة والنزاعات والقمع السياسي، تترك جميعها آثاراً سلبية على الصحة النفسية.



- **أسباب ذاتية:** إن شخصية الفرد وطريقة تفكيره وإدراكه وكيفية إدارة حياته تؤثّر في صحته النفسية. فبعض الأفراد لديهم استعدادا لاضطرابات نفسية. كثيرا ما يكون انعدام الإحساس بالأمان وبالقيمة الذاتية، والشعور باللا جدوى وانعدام التقدير والمكانة والهدف في الحياة من أسباب الاضطراب النفسي.
- **أسباب غير واضحة وغير معروفة:** إن نفسية الفرد تتأثر بعوامل مختلفة، وما زال بعض أسباب الاضطراب النفسي غير واضحة.

١–٥ الثقافة والاضطراب النفسيّ

تؤثّر الثقافة في مسائل الصحّة النفسيّة بعدّة طرق.

- **ما هو الاضطراب النفسيّ؟** يختلف مفهوم الاضطراب النفسيّ بين ثقافة وأخرى. فغالباً ما تقتصر الاضطرابات النفسيّة على مجموعة الاضطرابات النفسيّة الشديدة، مثل الفصام والهوَس. غير أنّ المشكلات النفسيّة الأكثر شيوعاً في مجال الرعاية الصحية العامّة أو المحليّة هي الاضطرابات النفسيّة العاديّة (الاكتئاب والقلق)، والمشكلات المتعلّقة بإدمان الكحول والمخدّرات. ونادراً ما يُنظر إلى هذه الاضطرابات على أنها أمراض نفسيّة. ينبغي أن ندرك وجود هذه الأمراض النفسيّة، إلا أنّنا سنزيد من حدّة ألم المريض إذا استخدمنا تسميات قد تحمل ضمنيّاً وصمة عار. لذا فمن الأفضل أن نستعيض عن هذه التسميات بكلمات مقبولة محليّاً لوصف حالات الضغط أو القلق العاطفيّ ضمن محاولة توضيح التشخيص «للمريض». (لمزيد من المعلومات عن المشكلات الأساسيّة للصحّة النفسيّة في عيادة للرعاية الأولية، راجع القسم ٩– ١).
- **الكلمات المستخدمة لوصف القلق العاطفيّ:** ليس من السهل ترجمة التعابير المستخدمة في وصف العواطف الإنسانيّة والاضطرابات إلى لغات مختلفة. فلنأخذ مثلاً كلمة «اكتئاب». هذه الكلمة تعني الحزن، وتُستخدم لوصف الشعور («أشعر بالاكتئاب») و«المرض» («المريض يعاني الاكتئاب») على حدٍّ سواء. غير أنّ عدّة لغات لا تحتوي على كلمات تصف الاكتئاب بوصفه «مرضاً»، في حين أنّنا نجد فيها كلمات تعبّر عن الحزن. لذلك ينبغي أن نحاول فهم الكلمات المحلّيّة التي تصف أفضل من سواها حالة الاكتئاب بوجهَيه الشعوريّ والمرضيّ. وقد نجد أحياناً كلمتين مختلفتين للتعبير عن هذين المعنيين. حتّى إنّنا قد نضطرّ إلى استخدام عدّة كلمات للدلالة على الاكتئاب المرضيّ أو الاكتئاب. في آخر هذا الدليل، معجم للمصطلحات يحتوي على الكلمات المستخدمة في اللغة العربيّة لوصف مختلف المشكلات الصحيّة النفسيّة وأعراضها. وقد خصّصنا فراغاً إلى جانب كل كلمة وتفسيرها، لكي يدوّن فيه القارئ المصطلح المستخدم في «لغته» المحليّة. على سبيل المثال، من التعابير المستخدمة في البلدان العربية لوصف المعاناة والتعب النفسي: «نفسيتي تعبانة»، «مجنون»، «همدان»، «مضغوط»، «رح انجنّ»، ...
- **معتقدات السحر والأرواح الشريرة:** يشعر الناس في عدة مجتمعات أنّ «مرضهم» سببه السحر أو الأرواح الشريرة أو أنّه ناجمٌ عن عامل يفوق الطبيعة. ومن غير المجدي أن نحاول تغيير وجهات النظر هذه، فغالباً ما تؤمن بها الجماعة كلُّها، ولن ينتج عن هذه المحاولة إلا عدمُ ارتياح لدى الشخص المعنيّ. لذلك يُستحسَن أن نتفهّم هذه المعتقدات ونفسّر النظريّة الطبيّة بلغةٍ بسيطة.
- **رجال الدين و المعالجون النفسيون:** ماذا يفعل الناس عندما يشعرون بالألم؟ يلجأ الناس المصابون بعلّة إلى المساعدة من مصادر مختلفة، ولاسيّما إلى أولئك الذين يوفرون «الطب الشعبي التقليدي أو رجال الدين، بل حتى



الأشخاص الذين يعانون اضطراباً نفسيًّا يطلبون المساعدة من مصادر مختلفة

الإطار ١– ١٢ ما ينبغي تذكّره بخصوص الاضطراب النفسيّ

- يجب التمييز بين الاضطراب و«المرض» النفسي. «فالأمراض» النفسية هي عبارة عن اضطرابات تصيب وظائف الفرد (التفكير أو الشعور أو الجسد أو السلوك)، أما الاضطراب فهو خلل ينتج عن عدم الاتزان وقد لا يؤدي بالضرورة إلى مرض نفسي.
- «للأمراض» النفسيّة عدّة أنواع، وقد تسبّب معاناة شديدة أو تؤدّي إلى الموت (مثلاً قد يؤدي السلوك العنيف إلى أذية النفس (انتحار مثلاً) أو أذية الآخرين.
- «الأمراض» النفسيّة الأكثر شيوعاً في المجتمعات هي «الأمراض» النفسيّة العاديّة، والاضطرابات المتعلّقة بمعاقرة الخمر، غير أنّ عدداً كبيراً من المرضى والعاملين الصحيين قد لا يعتبرون هذه الحالات اضطرابات نفسيّة.
- غالباً ما يعتبر العاملون الصحيون والاجتماعيون أنّ الفصام، والذهان الهوسي– الاكتئابي، وحالات الذهان الحادّ هي «أمراض» نفسيّة، بسبب حدة ووضوح وتميّز الاضطراب السلوكي المرافق لها.
- تنتج «الأمراض» النفسيّة بشكل أساسيّ عن أحداث مسببة للضغط، وتغيّرات في وظيفة الدماغ، وعوامل طبيّة مثل إصابات الدماغ.
- قد يعتقد بعض الناس أنّ الأرواح والعوامل الفوق طبيعية تسبب «الأمراض» النفسيّة، فينبغي ألا تحاول تحدّي هذه المعتقدات، بل أن توضح التفسيرات الطبيّة لهذه المشكلات.
- ليس من الضروريّ أن نطلق على الشخص التسمية المتعلّقة «بالمرض» النفسيّ الذي شخصناه لديه. المهمّ أن تعي وجود مشكلة نفسيّة، ونحاول تحديد نوع «المرض» النفسيّ، ومن ثمّ نسانده ونصف العلاج المناسب له.

من محضّري الأرواح!» وأشخاص تقليديين آخرين، والأمثلة عليهم كثيرة، منها: الطبّ التجانسيّ (هومْيُوباتي)، والأيُورْفيدا (معرفة الحياة) وهو من أبرز أنواع الطب الطبيعي في الهند الذي يعتمد على مبادئ التوازن والتجانس، والطب الصينيّ التقليديّ، و«الطب العربي» والمعالجات التقليدية و«الطب الروحي». إن أسباب هذه الظاهرة كثيرة، وأوّلها أنّ الطبّ لا يعرف دواء وسبل شفاء لكل المشكلات الصحيّة، ولاسيّما الاضطرابات النفسيّة. ثمّ إنّ عدداً كبيراً من الناس يربطون قلقهم العاطفيّ بعوامل روحيّة واجتماعيّة، ويطلبون المساعدة بالتالي من أشخاص لا يعملون في مجال الطبّ. وتجدر الإشارة إلى أنّ العلاج التقليديّ قد يفيد بعض الأشخاص أكثر من العلاج الطبيّ.

- **إرشاد الأشخاص الذين يعانون مشكلات صحيّة نفسيّة:** يعتمد إرشاد الأشخاص الذين يعانون مشكلات عاطفيّة، في عدة مجتمعات غربيّة، على نظريات سيكولوجيّة منبثقة من ثقافة المجتمع نفسه. وتُعتبَر هذه النظريات غريبةً بالنسبة إلى المعتقدات الثقافية في عدّة ثقافات أخرى. إلا أنّ هذا لا يعني أنّ العلاج من خلال الإرشاد غير مجدٍ في هذه الثقافات. ولكن علينا أن نبحث عن موارد وطرق منبثقة من ثقافتنا الخاصّة، لأنها من دون شك ستكون أكثر إفادةً. في القسم ٣–٢، نموذج بسيط عن إرشاد يمكن أن يُطبَّق في معظم الثقافات[٦].

(٦) حسب المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض– تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية – الأوصاف السريرية والدلائل الإرشادية التشخيصية، منظمة الصحة العالمية (ICD/10) .

الإطار ١–١٣ خبرات شخصيّة



«في المرّة ألأولى، كان الأمر مخيفاً جدّاً. كنت جالسةً في الباص، وفجأةً بدأ قلبي ينبض بسرعة فأحسست بأنني سأصاب بنوبة قلبيّة. شعرت بصعوبة في التنفّس، ثمّ انتابني شعورٌ بأنّ النّمل يسرح على يديّ ورجليّ. تسارعت دقات قلبي أكثر فأكثر، وأحسست بحرارة في جسمي الذي راح يرتجف. أردت أن أخرج من الباص في الحال، ولكنّه كان يسير بسرعة فشعرت بالاختناق. أكثر ما أخافني هو أنّني قد أنهار أو أصاب ب «الجنون». وعندما توقّف الباص في إحدى المحطات خرجتُ منه مسرعةً، بالرغم من أنّني كنت لا أزال بعيدةً عن المنزل. ومذاك، لم أستطع أن أستقلّ الباص... ومجرّد التفكير في ركوب الباص يشعرني بالغثيان. وفي خلال السنتين الأخيرتين لم أعد أخرج من البيت إطلاقاً بسبب هذا الخوف، والآن ليس لي سوى عدد قليل من الأصدقاء وحياتي الاجتماعيّة شبه معدومة... لا أعرف ماذا أفعل وكنت خائفةً جداً من استشارة طبيب نفسيّ... ففي النهاية أنا لست «مريضةً» نفسيّاً». **سيّدة في الرابعة والعشرين من عمرها تعاني نوبات من الذعر والرهاب.**



«كنت في السابعة عشرة من عمري عندما بدأت أسمع الأصوات. في البداية لم أعرف إنْ كانت موجودةً في رأسي أم في الحقيقة. ولكن فيما بعد، صرت أسمع أشخاصاً غرباء يتكلّمون عنّي ويقولون كلاماً شرّيراً. سمعت صوتاً في إحدى المرّات يقول لي أن أقفز إلى إحدى الآبار، وظللت أقف قرب البئر أيّاماً، وأشعر بأنّ عليّ أن أطيع ذلك الصوت. شعرت بأنّ التلفزيون يتحكّم بأفكاري، وأحياناً كنت على ثقة بأنّ سمّاً قد دُسَّ في طعامي وأنّ عصابةً ما تريد قتلي. كنت أغضب كثيراً، وعندما فقدت أعصابي تماماً وأقدمت على ضرب أحد الجيران، اصطحبني أهلي إلى المستشفى». **شاب في الثالثة والعشرين من عمره يعاني الفصام.**



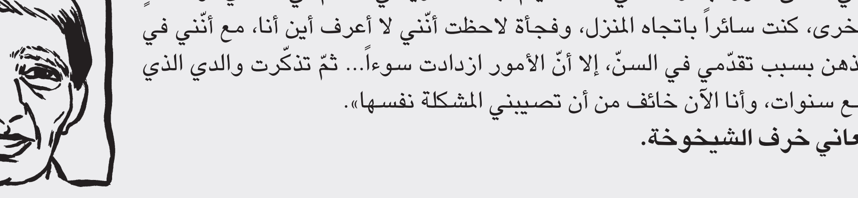
«بدأت المشكلة تدريجيّاً، ولكن قبل أن أعرف فقدت كل الرغبة في الحياة. فحتّى أولادي وعائلتي لم ينجحوا في إدخال السعادة إلى قلبي. كنت أشعر بالتعب طوال الوقت، ولا أستطيع النوم...أستيقظ عند الساعة الثانية أو الثالثة صباحاً وأمضي الفترة المتبقية من الليل أتقلّب في الفراش. فقدت الشهيّة، مع أنّني كنت من محبّي الأكل، وخسرت الوزن. حتّى إنّني لم أعد أهتمّ للقراءة لأنّي فقدت القدرة على التركيز. كان رأسي يؤلمني. احتقرت، فقد أصبحت عبئاً على الأسرة، وما إلى ذلك. أمّا أسوأ ما في الأمر فهو أنّ وضعي هذا كان يحرجني فلم أستطع أن أخبر أحداً. بدأت حماتي تشتكي من خمولي. وفي إحدى المرّات شعرت برغبةٍ في إنهاء حياتي وعندئذٍ خفت كثيراً فأخبرت زوجي... وذلك بعد مضيّ شهرين على شعوري بالمرض».



امرأة في الثالثة والأربعين تعاني الاكتئاب.



«كنت أشعر بأنّي مفعمٌ بالنشاط فلست بحاجةٍ إلى النوم. وفي الواقع، لم أنم إلا قليلا جدّاً في تلك الأيّام. صرت منهمكاً في عدّة مشاريع ومخططات إلا أنّني لم أنجح في إتمام أيّ منها. أصبحت سريع الانفعال عندما يحاول أحدٌ ردعي. وفي أحد الأيّام تشاجرت مع واحد من شركائي في العمل حول أحد مشاريعي، ولم أدركْ خطأي عندما كنت في أوج الغضب. شعرت أحياناً بأنّ لي قوىً مميّزة وبأنّني أستطيع أن أشفي الآخرين. والأسوأ أنّني رحت أبذر المال حتّى كدت أجرّ الأسرة إلى الإفلاس». **رجل في الثامنة والثلاثين يعاني الهوَس.**



«لا أعرف ما يجري. يبدو أنّني أنسى أموراً بسرعة. في أحد الأيّام جاءت شريكتي لتقدّم لي الشاي، وللحظةٍ لم أعرف من هي. وفي مرّةٍ أخرى، كنت سائراً باتجاه المنزل، وفجأة لاحظت أنّني لا أعرف أين أنا، مع أنّني في ضيعتي. ظننت أنّني شارد الذهن بسبب تقدّمي في السنّ، إلا أنّ الأمور ازدادت سوءاً... ثمّ تذكّرت والدي الذي توفّي بعد أن فقد ذاكرته ببضع سنوات، وأنا الآن خائف من أن تصيبني المشكلة نفسها».
رجل في الثامنة والستين يعاني خرف الشيخوخة.



«بدأت مشكلاتي في العمل حين ازداد طلبي للإجازات المرضيّة بشكل كبير. كنت أشعر دائماً بآلام في المعدة، ومؤخّراً أصبت باليرقان. عندئذٍ بدأ القلق يساورني حيال معاقرة الكحول. وما يخيفني كثيراً هو أنّني أشعر بانزعاج كبير عندما أستيقظ في الصباح. فكأنّما عليّ أن اتناول كأساً لكي أبدأ نهاري. وفي هذه الفترة، بدأت أشرب حتّى قبل الغداء. لا أعرف تماماً كميّة الكحول التي أشربها، ولكنّني لم أكتفِ يوماً».
رجل في الرابعة والأربعين يعاقر الخمر.



الفصل الثاني

الفحص النفسي

يشرح هذا الفصل كيف يمكننا إجراء مقابلة للتعرّف على الاضطراب النفسيّ وتشخيصه. سنجد فيه الأعراض الأساسيّة للاضطراب النفسيّ، وبعض الأفكار التي تساعدنا في المقابلات الصعبة، أي في العيادات المكتظّة مثلاً أو مع أشخاص يرفضون التكلّم عن مشكلتهم. بالإضافة إلى ذلك، يعرض هذا الفصل الأسئلة التي يمكن طرحها للتأكد من وجود اضطراب نفسيّ.

٢–١ هل يمكن معاينة شخص مصاب باضطراب نفسي؟



يمكن القيام بفحص مجد للأشخاص من قبل عامل غير متخصص شرط أن تكون لديه المعلومات والمهارات الأساسية. فالفحص النفسي يتطلّب التعاطف وقدرة كبيرة على الإصغاء وبعض المعلومات الأساسيّة، كما هو مفصَّلٌ في هذا الدليل.

يختبر بعض العاملين الصحيين مشاعر مختلفة حيال معاينة شخص يعاني اضطراباً نفسياً، فقد يخالجهم أحد الأحاسيس الآتية:

- الخوف من أن يعتدي عليهم الشخص «المريض».
- القرف بسبب قلّة النظافة الشخصيّة عند بعض« المرضى النفسيين».
- التوتّر لأنّ المقابلة قد تستغرق وقتاً أطول من المعاينة العاديّة.
- الرغبة في الضحك أمام التصرّف الغريب الصادر عن «المريض».
- الغضب لأنّ الشخص يضيع وقتهم الثمين وهو لا يعاني «مرضاً فعليّاً».

غالباً ما تصعّب علينا هذه المشاعر تقديم المساعدة «للشخص المريض». أضف أنّ «المريض» لن يرتاح حيال هذه المواقف بل سيتردّد في التعبير عن مشاعره. إذاً ينبغي احترام الشخص الذي يعاني الاضطراب النفسي والتعاطف معه تماماً كالأشخاص الآخرين. يعتبر العمل مع «المرضى» النفسيين تحدّياً مثمراً ومربحاً في آن واحد. والعنصر الأهمّ في الفحص النفسيّ هو إعطاء الشخص الوقت الكافي.

«الفحص النفسي هو عملية تنطلق من الفهم الشمولي لتصرفات ودينامية الشخص الموجود في إطار اجتماعي معين وفي تجربة تاريخية. فالفحص النفسي يتناول ماضي المفحوص وتطلعاته المستقبلية، ولا يمكن اختزاله بأنه عملية قياس أو تكميم. إن هدف الفحص هو إعطاء صورة متكاملة وجدلية عن المفحوص ووضعه ... قبل الإقدام على الفحص النفسي، من الضروري معرفة والتقيّد ببعض القواعد المهنية والخلقية الأساسية التي يمكن ردّها جميعاً إلى مبدأ أساسي وحيد هو: احترام المهنة فنياً واحترام المستفيد من خدماتها إنسانيا».
د. مصطفى حجازي، الفحص النفسي (دار الفكر اللبناني، ١٩٩٣).

٢–٢ هل يسمح لنا وقتنا بالتحدّث إلى شخص قد يتبيّن أنّه يعاني من اضطراب نفسي؟

يجب أن نتذكر أوّلاً أنّ الوقت الذي نخصّصه الآن لمعرفة سبب قدوم الشخص لاستشارتنا، قد يوفّر علينا الوقت فيما بعد. نحن نعرف أنّ عدداً كبيراً من

«الأمراض» النفسيّة، ولا سيّما الاضطرابات النفسيّة الشائعة والمشكلات الناتجة من تعاطي الكحول بكثرة، نادراً ما يعترف بها العاملون الصحّيّون. فغالباً ما يكتفي العاملون الصحيّون في العيادات المكتظّة بالاستماع إلى شكاوى الأشخاص وإعطائهم الدواء، فيصفون المسكّنات للآلام والأوجاع، والفيتامينات للإرهاق، والحبوب المنوّمة لاضطرابات النوم. غير أنّ هذا قد يعني أنّ المشكلة الأساسيّة، أي الاضطراب النفسيّ، لم يُعالَج بعد، فيعود هؤلاء الأشخاص أكثر من مرّة إلى العيادة، وبالتالي يحتاجون وقتاً أطول. لذلك فإنّ الوقت الذي نخصّصه لمعرفة المشكلة الحقيقيّة قد يوفّر الكثير من وقتنا على المدى البعيد! كذلك، سوف نُكافَأ برؤية الشخص يتحسَّن بدلاً من أن يعود إلينا مراراً ليأخذ المزيد من الحبوب. أمّا العنصر المهمّ الثاني الذي ينبغي تذكُّره فهو أنّ الأسئلة التي يجب طرحها للتعرّف على الاضطراب النفسيّ لا تستغرق وقتاً طويلاً، ويمكننا استعمال الوقت بعناية، خصوصاً إذا اطّلعنا جيّداً على طريقة تقصّي الاضطراب النفسيّ المفصّلة أدناه.

٢–٣ من هم الأشخاص الذين يعانون الاضطرابات النفسيّة؟

غالباً ما نتصوّر أنّ «المريض» النفسيّ هو شخص يقول كلاماً بدون معنىً ويتصرّف بطريقة غريبة. ولكن في الواقع، لا يختلف غالبيّة «المرضى» النفسيّين عن الأشخاص الذين يعانون أمراضاً جسدية، من حيث المظهر أو التصرّف أو الكلام، كما أنّهم ليسوا أشدّ خطراً. فينبغي ألا نشعر بأنّنا معرّضون للأذى لمجرّد أنّنا نتكلّم إلى شخص يعاني مرضاً نفسيّاً.

يجدر بنا أن نُجري أوّلاً عمليّة مسح شامل لتحديد الأشخاص الذين قد يعانون اضطراباً نفسيّاً. بعدئذٍ نأخذ المزيد من الوقت لمعرفة المشكلة وبدء العلاج. يمكننا اتّباع مقاربتين لإجراء عمليّة المسح الشامل في عيادة مكتظّة. أولاً علينا مراقبة بعض المؤشّرات العياديّة النموذجيّة عند «المرضى» النفسيّين. فمتى لاحظنا هذه المؤشّرات ينبغي أن نشكّ في أنّ الشخص يعاني اضطراباً نفسيّاً (الإطار ٢–١). من ثمّ يمكننا طرح مجموعة من «الأسئلة الجوهريّة» التي تساعدنا في التعرّف إلى النوعين الأكثر شيوعاً من الاضطرابات النفسيّة في إطار الرعاية الصحيّة العامة، وهما الاضطرابات النفسيّة العاديّة وإدمان الكحول (الإطار ٢–٢) (راجع القسم ٩–١). وإذا كان الردّ إيجاباً على أحد هذه الأسئلة، علينا أن نطرح المزيد من الأسئلة عن الموضوع.

الإطار ٢–١ المؤشّرات العياديّة الدالّة على اضطراب نفسيّ

- عندما يشكو الشخص أو أقاربه مباشرةً من اضطراب نفسيّ أو من معاقرة الكحول.
- عندما يعطي الشخص أو أقاربه أسباباً تفوق الطبيعة.
- إذا كان من الواضح وجود مشكلات ناتجة عن شرب الكحول أو العنف المنزليّ أو أيّ من الأسباب المباشرة للاضطرابات النفسيّة.
- عندما نعرف أنّ الشخص يعيش مشكلات مرتبطة بالعلاقات، مثل المشكلات الزوجيّة أو الجنسيّة.
- عندما نعرف أنّ الشخص يعاني مشكلات حياتيّة، من بطالة أو وفاة صديق حميم.
- عندما يشكو المريض عدّة آلام جسديّة (أكثر من ثلاثة)، لا تندرج في إطار مرض جسدي واحد معروف.
- إذا كان في سجلّ الشخص أو عائلته مرض نفسيّ سابق.

الإطار ٢–٢ الأسئلة الأساسية لاكتشاف الاضطراب النفسيّ في إطار الرعاية الصحيّة العامّة

- هل تشكو أيّ صعوبة في النوم ليلاً؟
- هل تشعر مؤخّراً بأنّك تفقد الاهتمام بنشاطاتك المعتادة؟
- هل تشعر مؤخّراً بالحزن؟
- هل من أمر يخيفك أو يرعبك مؤخّراً؟
- هل تقلق مؤخّراً حيال إكثارك من شرب الكحول؟
- كم تنفق من المال والوقت على الكحول مؤخّراً؟

في حال كان الجواب «نعم» على أحد هذه الأسئلة، اطرح أسئلة أكثر تفصيلاً حول الموضوع لتأكيد التشخيص. فهذه الأسئلة وحدها تشير ولكن لا تكفي لتشخيص الاضطراب النفسي.



٢–٤ عمّ ينبغي سؤال شخص يُحتمَل أن يكون لديه اضطراب نفسيّ؟

في حال أظهر الفحص احتمال وجود اضطراب نفسيّ عند الشخص الذي يستشيرنا، يمكننا استعمال المقابلة النموذجيّة الواردة في الإطار ٢–٣. سوف نحتاج إلى ثلاث فئات من المعلومات لفهم المشكلة. وستساعدنا هذه المعلومات أيضاً في إيجاد الطرق المناسبة لمساعدة الشخص.

- ينبغي معرفة المعلومات الأساسيّة عن العمر، والعنوان، والتفاصيل العائليّة، والمهنة، المتعلّقة بكلّ شخص يأتي لاستشارتنا.
- أمّا المعلومات حول الاضطراب نفسه فينبغي أن تبدأ بالاستعلام عن الأعراض، منذ متى يشكو منها الشخص وكيف تطوّرت، وكيف تؤثّر على حياته ومن حوله.
- من ثمّ يجب أن نسأل عن وضع الشخص الاجتماعيّ، أي من هم الأشخاص الذين يعيش معهم، وما هي المصادر الأساسيّة للدعم الاجتماعي. بالإضافة إلى ذلك، ينبغي أن نطرح أسئلة عن الأحداث التي جرت مؤخّراً في حياة الشخص، مثل وفاة أحد أفراد العائلة، لأنّها قد توضح سبب الاضطراب النفسيّ عنده.

٢–٥ الأعراض التي تساعد في تشخيص الاضطرابات النفسيّة

يمكن استعمال الأعراض الآتية في تشخيص ثلاثة أنواع أساسيّة من الاضطرابات النفسيّة سبق وصفها في الفصل الأوّل.

٢–٥–١ تشخيص الاضطرابات النفسيّة الشائعة (الاكتئاب أو القلق)

إذا كان الشخص يشكو من واحد على الأقلّ من الأعراض الآتية لفترة لا تقلّ عن أسبوعين:

- الشعور بالحزن.
- فقدان الاهتمام بالأنشطة اليوميّة.
- الشعور بالتوتّر أو العصبيّة أو القلق المفرط.

أمّا الأعراض الأخرى التي غالباً ما ترافق الأولى ولا بدّ من السؤال عنها، فهي:

- اضطراب النوم.
- التعب.
- اضطراب الشهيّة (زيادة أو فقدان الشهية).
- قلّة التركيز.
- التفكير في الانتحار.
- تسارع نبضات القلب، والرجفة، والدّوار.
- الآلام والأوجاع في كلّ أنحاء الجسم.

الإطار ٢–٣ المعلومات التي ينبغي جمعها عن الأشخاص الذين يحتمل أنهم يعانون اضطراباً نفسيّاً

معلومات عامّة

- الجنس
- العمر
- المهنة
- الوضع العائلي

معلومات عن الشكوى الحاليّة

- متى وكيف بدأت؟
- هل تزداد سوءاً؟
- هل يتناول دواءً (أو يتّبع علاجاً آخر).
- ما هي فكرة الشخص عن اضطرابه – ما هو الاضطراب برأيه؟ وما سببه؟ يمكننا أن نطرح أسئلة عن الأفكار المتعلّقة بالضغط أو العوامل فوق الطبيعية المؤدّية إلى المرض.

معلومات أخرى

- هل في سجلّ الشخص اضطراب نفسيّ سابق؟ (إذا كان الجواب نعم، فنسأل عن الأدوية التي وصفت له، أو عن الملاحظات السريريّة السابقة).
- السجلّ الطبيّ المتعلّق بالموضوع، مثل إصابة في الرأس مثلاً.
- الأحداث الحياتيّة التي جرت مؤخراً، من انفصال، أو وفاة فرد من العائلة، أو خسارة وظيفة.
- الدعم الاجتماعي، وبصورة خاصّة، مَع من يعيش الشخص؟ من يرعاه؟ وهل من دعم من خارج المنزل، أي من نوع دينيّ أو روحيّ أو دعم من الأصدقاء؟

«من الضروري تجنّب المعرفة بأي ثمن والابتعاد عن أسلوب الاستجواب أو المداورة وأساليب الإلحاح والضغط للوصول إلى المعلومات. إن في ذلك اعتداء معنوياً على المفحوص...ولا يجوز أن نتسرّع في النصح ونضع المفحوص أمام ما لا يطيق». د. مصطفى حجازي، الفحص النفسي. (انظر المراجع).

٢–٥–٢ تشخيص الاضطرابات النفسيّة الحادّة

إذا كان الشخص يشكو من اثنين على الأقلّ من الأعراض الآتية:

- تصديق أمور غير حقيقيّة، كأنْ يعتبر أنّ قوى خارجيّة تتحكّم بعقله أو أنّ اشخاصاً يحاولون دسّ السمّ لقتله (توهّمات).
- سماع أصوات أو رؤية أشياء لا يستطيع الآخرون سماعها أو رؤيتها (هلوسات)، وغالباً ما تكون هذه الأمور مخيفة.
- الاهتياج وكثرة الحركة أو الانسحاب وفقدان الاهتمام بالأنشطة الحياتية.

إذا مضى على هذه الأعراض:

- أقلّ من شهر، قد يكون التشخيص ذهان حادّ (سايْكوزيْسْ).
- أكثر من شهر، فيُحتمل التفكير في وجود الفصام (سْكيزوفْرينيا).
- إذا تبين أن الشخص كان يمرّ في فترات من الشفاء التام، عندئذ يمكن تشخيص الاضطراب على أنه ثنائيّ القطب (Bipolar disorder).

أمّا المرحلة المبتهجة أو الهوَسيّة(مانْيا) فيمكن تشخيصها على أساس الأعراض الآتية:

- تسارع وتيرة الكلام.
- كثرة الحركة.
- حدّة المزاج (سرعة الغضب).
- أفكار تفوق الطبيعة (غير متّصلة بالواقع).

٢–٥–٣ تشخيص إدمان الكحول (أو المخدّرات)

إذا كان الشخص يشكو من اثنين على الأقلّ من الأعراض الآتية لفترة لا تقلّ عن شهر واحد:

- إدمان أو تعاطي الكحول (أو المخدّرات) ما أدّى إلى مشكلات شخصيّة مثل فقدان الوظيفة أو تردّي الحالة الصحيّة نتيجة الحوادث أو اليرقان.
- صعوبة في السيطرة على معاقرة الكحول (أو المخدّر) بالرغم من المشكلات الناجمة عنه.
- شرب الكحول (أو تعاطي المخدّر) في أوقات النهار.
- الشعور بالغثيان أو «بالمرض» ما لم يشرب الكحول (أو يتناول المخدّر).
- ازدياد كميّة الكحول (أو المخدّرات) المستخدمة.

يمكننا الاطلاع على المزيد من التفاصيل حول تشخيص إدمان الكحول في القسم ٦–١. أمّا للاطّلاع على التفاصيل حول تشخيص الأنواع الأخرى من «الأمراض النفسيّة»، مثل التشوّش وخرف الشيخوخة ومشكلات الصحّة النفسيّة عند الأطفال، فيمكننا مراجعة الفصول الخاصّة بكلّ منها في هذا الدليل.



٢–٦ ما ينبغي ملاحظته أثناء المقابلة؟

في أثناء المقابلة ينبغي أن نلاحظ ما يأتي:

- تعابير الوجه
- قد تكون تعابير الوجه دالّة على حزن أو خوف (في حال الفصام والإحباط).
- الحركة الجسدية (إن كان هناك بطء أو زيادة في الحركة)
- قد يعاني المفحوص من كثرة الحركة، أي عدم القدرة على الجلوس والاسترخاء (في حال الذهان والاكتئاب والإحباط وإدمان الكحول والمخدّرات أو نتيجة الآثار الجانبيّة لبعض أدوية الأمراض النفسيّة والعقليّة).



- حركات غريبة (في حال الفصام أو نتيجة الآثار الجانبيّة لبعض أدوية الأمراض النفسيّة والعقليّة).
- الكلام والتفكير
- وتيرة سريعة جدّاً في الكلام (في حالات الذهان، ولا سيّما الهوس).
- وتيرة بطيئة جدّاً في الكلام (في حال الاكتئاب وإدمان المخدّرات والفصام).



- نسبة الاعتناء بالمظهر والنظافة الشخصيّة بصورة عامّة (ضئيلة في حال الاكتئاب وإدمان الكحول والمخدّرات والفصام).
- أجوبة خارجة عن موضوع الأسئلة (في كلّ حالات الذهان).

٢–٧ كيف تتم المقابلة؟

في ما يأتي بعض الأفكار والتوجيهات الأساسية التي تساعدنا في إدارة المقابلة، والتي تشجّع الشخص على مفاتحتنا بمشكلاته:

- **أن نعرّف الشخص بأنفسنا.** فقد يشعر بعض الأشخاص بالقلق والشكّ، لذا علينا أن نعلن دورنا المهنيّ بوضوح ونقول إنّنا نرغب في التحدّث عن صحّة الشخص في الفترة الأخيرة.
- **لإزالة الحواجز وبناء الثقة مع الفرد،** يمكن أن نبدأ المقابلة بموضوع عامّ، مثل حدث جرى مؤخّراً في حياته. فعددٌ كبير من الأشخاص يشعرون براحة أكبر حيال مناقشة قضاياهم الشخصيّة، إذا استطاعوا أن يجدوا قاسماً مشتركاً بينهم وبين العامل الصحّي، أي إذا كان يتكلّم اللغة نفسها أو يسكن في المنطقة نفسها على سبيل المثال.
- **من الضروري التعاطف مع المفحوص ومشاركته وجدانياً.** للتعاطف معه، علينا بكلّ بساطة أن نتخيّل ما يمكن أن نشعر به لو كنا مكانه. وسيساعدنا فهم الأعراض التي يشكو منها الشخص ووضعه الاجتماعيّ والعائليّ في معالجة المرض بدقّة أكبر، ويساعد الشخص في التحدّث إلينا براحة أكبر.
- **طرح الأسئلة الجوهريّة على كلّ شخص يستشيرنا.** وفي كلّ مرّة يلقى السؤال ردّاً إيجابياً علينا أن نتقدّم أكثر في عمليّة الفحص، باستعمال اللوائح في القسم ٢–٥.



حاول أن تضمن خصوصيّة المقابلة. ينبغي ألا يستمع أي شخص آخر إلى مناقشة المشكلات الشخصيّة.

- من الضروري الحفاظ على السرية، واحترام معتقدات الشخص الثقافية والاجتماعية والدينية، والنظر إليه نظرة شمولية وعدم النظر إلى الوقائع والأحداث بشكل جامد ومنعزل.
- من المفيد دائماً أن نتذكّر الأنواع الأساسيّة للاضطرابات النفسيّة وأعراضها (راجع القسم ١–٣)، خصوصاً أنّ أشخاصاً كثيرين قد لا يفاتحوننا بمشكلاتهم العاطفيّة إلا إذا سئلوا عنها مباشرةً.
- **يجب ألا نبدو مستعجلين، فننظر إلى الساعة باستمرار مثلاً.** بل نتذكّر أنّنا لن نحتاج عادةً إلى أكثر من عشر دقائق لفهم مشكلة الشخص ومعرفة الخيارات العلاجيّة. وإذا خصّصنا له المزيد من الوقت فسيكون ذلك أفضل، من دون شك. فالشعور بالثقة والاهتمام أثناء العم مع الشخص يساهم في تحسّن حالته
- **نعطي الشخص فرصةً للتكلّم في غياب الأقرباء.** ولا نعتبر أبداً أنّه شخص «لا يُعتمد عليه» لمجرّد أنّه «مريض» نفسيّ.
- **نحاول أن نتحدّث إلى الأقرباء أيضاً، فبعض الأشخاص قد ينكر أنه يعاني أيّ مشكلة.** وقد لا يدرك البعض منهم أيضاً طبيعة تصرّفاتهم. لذا فإنّ الأقرباء والأصدقاء قد يعطون معلومات تفيد في اتخاذ قرار عياديّ (قد لا تتماشى هذه الخطوة أو تتلاءم مع كل الحالات، لذلك ينبغي مراعاة مصلحة «المريض» الفضلى).
- **ننظر إلى الشخص في أثناء المقابلة.** فالتواصل البصريّ يعطيه الثقة بأنّ العامل الصحّي مهتمٌّ لما يقوله.
- **نحرص على خصوصيّة المقابلة.** صحيحٌ أنّ هذا قد يكون صعباً في العيادات المكتظّة، ولكن يمكننا أن نتحدّث بهدوء وبصوت منخفض فلا يستمع الآخرون في الغرفة إلى مناقشة الأمور الشخصيّة. كذلك يمكننا أن نطلب إلى الشخص الانتظار إلى أن تصبح العيادة أقلّ ازدحاماً لنكلّمه على انفراد.
- **ندوّن المعلومات الأساسيّة لاستعمالها مرجعاً في المستقبل،** ولا سيّما الأعراض الأساسيّة، والتشخيص الحاليّ، وأيّ معلومات هامّة، مثل المشكلات الزوجيّة.

٢–٨ كيف نتوصّل إلى تشخيص؟

ينبغي تشخيص عددٍ قليل فقط من الاضطرابات في أماكن تقديم الرعاية الصحيّة. في الجزء الثاني من هذا الدليل، تفصيل لعمليّة تشخيص الاضطرابات النفسيّة بالاعتماد على المشكلات التي يشكو منها الأشخاص إلى العاملين الصحيّين. يجب أن نعرف جيّداً أنواع الاضطرابات النفسيّة (راجع القسم ١–٣) والأسئلة التي تُطرح لقياس الصحّة النفسيّة، وكلّها مفصّلة في هذا الفصل. علينا أن نتمرّن على الأسئلة أوّلاً مع زملائنا. يجب أن نتذكّر أنّ عمليّات التشخيص مهمّة جدّاً لسببين:

- لتوجيهنا في اختيار العلاج المناسب.
- لمساعدتنا في إفهام الأشخاص أسباب مشكلاتهم.

٢–٩ الحالات الاستثنائيّة في خلال عمليّة الفحص

قد تواجهنا حالات استثنائيّة في أثناء فحص «المرض النفسيّ»، ومنها:

- فحص شخص يرفض الكلام.
- فحص الشكاوى الجسدية عند شخص «مريض» نفسيّاً.
- فحص شخص عبر الهاتف.
- فحص شخص بحضور العائلة.
- فحص أشخاص «عنيفين» (راجع القسم ٤–١).
- فحص شخص مشوّش (راجع القسم ٤–٢).
- فحص شخص يفكّر في الانتحار (راجع القسم ٤–٤).

- فحص أطفال يعانون مشكلات في الصحّة النفسيّة (الفصل الثامن).

في ما يأتي تفصيل للحالات الأربع الأولى. أمّا الحالات الأربع المتبقّية فهي مفصّلة في أجزاء أخرى من هذا الدليل.



لا نهدد الشخص فنقول له إنّ لا وقت لدينا نضيعه. بل نطمئن الشخص الذي يرفض الكلام وليعرف أننا مهتمون لمشكلاته.

٢–٩–١ فحص شخص يرفض الكلام

قد نجد أنفسنا أحياناً أمام شخص يرفض الكلام لعدّة أسباب. فقد يكون غاضباً لأنّه أحضِر إلى العيادة، أو خائفاً من أن يُسمّى «مريضاً نفسيّاً» لأنّه تحدّث إلى عامل صحّي، أو غير واثق من دوافعنا.

الأفضل بصورة عامّة في هذه الحالات هو أن يُعطى الشخص المزيد من الوقت. كأن نقابله في غرفة على انفراد إذا أمكن، وإلا فنطلب من الأقرباء الوقوف بعيداً لكي لا يسمعوا الحديث. فذلك قد يساعد الشخص على الشعور بثقة أكبر حيال مناقشة مشكلاته الشخصيّة. لا نهدّد الشخص، بقولنا مثلاً إنّنا لا نرغب في إضاعة وقتنا. بل على العكس، نطمئن الشخص الذي يرفض الكلام إلى أنّنا مهتمُّون لمشكلاته. وإذا رفض الشخص الكلام واضطررنا للذهاب إلى عمل آخر، نقول إنّنا سنذهب لإتمام ذلك العمل ونعود عندما يكون لدينا المزيد من الوقت. فهذا الموقف يعطي الشخص وقتاً إضافيّاً للتفكير ويظهر له اهتمامنا.

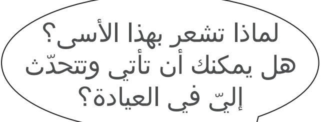
٢–٩–٢ فحص الشكاوى الجسدية عند شخص يعاني اضطراباً نفسياً

نتصوَّر أنّ شخصاً حضر إلى العيادة يشكو من ألم في الرأس، والعامل الصحّي يعرف مسبقاً أنّ هذا الشخص يعاني اضطرابًا نفسيًا. غالباً ما يعتبر العاملون الصحيّون هذه الشكوى عارضاً آخر من أعراض الاضطراب النفسيّ. غير أنّ هذا الموقف قد يؤدي إلى إغفال مرض جسدي خطير. لذلك فمن الضروريّ أن نُعطى الصحّة الجسدية عند شخص مضطرب نفسيّاً، الاهتمامَ الذي تستحقّه. علينا عدم تجاوزْ الشكاوى الجسدية الجديدة من دون تقييمها كما يلزم، وإجراء الاختبارات اللازمة إذا دعت الحاجة. ونتذكّرْ أنّ «المرضى» النفسيّين قد يهملون صحّتهم الجسدية. يرتبط بعض أنواع المشكلات الصحيّة النفسيّة ارتباطاً وثيقاً بمشكلات الصحّة الجسدية، وأبرز الأمثلة على ذلك هي:

- إدمان الكحول والمخدّرات الذي يمكن أن يضرّ كثيراً بالصحّة البدنيّة (راجع الفصل السادس).
- النساء اللواتي تعرّضن للعنف أو للاغتصاب (راجع الأقسام ٧–٢ و ٧–٣).
- التشوّش والاضطراب اللذان غالباً ما ينتجان من مشكلات في الصحّة البدنيّة (راجع القسم ٤–٢).
- السلوك غير الملائم عند كبار السنّ (راجع القسم ٤–٧).

٢–٩–٣ فحص شخص عبر الهاتف

قد يتصل بنا الأشخاص لاستشارتنا عبر الهاتف (حيث توجد هواتف). في الواقع، هذا سيوفّر الوقت علينا وعلى المتصل، لأنّه يجنّب الطرفين الزيارات غير الضرورية إلى العيادة. وأحياناً قد يتصل بنا أشخاص يعانون مشكلة متعلّقة بالصحة النفسيّة. في ما يأتي أمثلة على ذلك:







- شخص يرغب في الموت.
- طفل بحاجة إلى المساعدة.
- شخص سكران ومشوّش.
- شخص غاضب ومؤذٍ.

نتجنّبْ إعطاء النصائح الغامضة أو طمأنة المتّصل عبر الهاتف. علينا اتباع المقاربة الآتية:

- نعرفْ اسمه، وعمره، وعنوانه، ورقم الهاتف الذي يتصل منه.
- نطلب منه أنْ يخبرنا مشكلته بالتحديد، وكيف بدأت، وماذا حدث مؤخّراً. نكوِّنْ فكرة عن الحالة التي يواجهها.
- نحاول أنا نعرف إذا كان عنده أصدقاء أو أقرباء يمكنه التحدث إليهم، ونشجّعه على الاتصال بهم الآن ومشاركتهم الأسى أو الهم الذي يشعر به.
- إذا كان في حالٍ من التشوش قد يؤذي فيها أحداً (أو نفسه)، نشرحْ له أنّنا نرغب في مساعدته ولكننا لن نستطيع طالما لم يغيّر موقفه. وإذا أصرّ المتصل على عناده، نصبر ونحاول تطمينه وتهدئته قبل أن نقفل الخط.
- نطلب أن يأتي إلى العيادة إذا شعرنا أنه بحاجة إلى فحص وجهاً لوجه.
- في حال كان المتصل طفلاً، نبلغ على الفور الفريق المحلّي المختصّ بصحة الأطفال وسلامتهم أو الشرطة المحليّة، ونطلب من الطفل أن يبقى في مكانه ونقول له إنّ شخصاً سيأتي لمساعدته.

الإطار ٢–٤ ما يجب أن نتذكّره عند فحص شخص يعاني اضطراباً نفسيّاً

- العاملان الأهمّ في فحص «المرض» النفسيّ هما تخصيص الوقت الكافي للتحدّث إلى الشخص والقدرة على الإصغاء إليه بصبر.
- يستطيع معظم «المرضى» النفسيّين إعطاء توصيف واضح وتام لمشكلتهم. وقد يعطي الأقرباء أيضاً معلومات مهمّة.
- قد تكون المقابلة النظاميّة للفحص الخطوة الأولى (وخطوة بالغة الأهميّة) في معالجة شخص يعاني اضطراباً نفسيّاً.
- يمكن تشخيص بعض او العديد من مشكلات الصحّة النفسيّة الشائعة وذلك من خلال طرح الأسئلة عن شكاوى محدّدة.
- قد يعاني «المرضى» النفسيّون أمراضاً جسدية أيضاً، لذلك لا تتغاضَ عن الشكاوى الجسدية لمجرّد أنّ الشخص «مريض» نفسيّ.

٢–٩–٤ فحص شخص في حضور الأسرة

للأسرة أهميّة كبيرة في فحص ومعالجة الأشخاص الذين يعانون اضطرابًا نفسيّاً. ولكن يجب تحقيق التوازن بين الحاجة إلى إشراكهم في عمليّة الفحص من جهة والحاجة إلى ضمان خصوصيّة «المريض» من جهة أخرى. تقضي القاعدة بأن تسمح لنا الفرصة بالتحدّث إلى الشخص على انفراد مرّة واحدة على الأقلّ. وفي هذه المقابلة سوف نستعلم عن العلاقات والضغوطات في داخل الأسرة. ويمكننا أن نناقش المشكلة في ما بعد مع أفراد الأسرة. ولكن ينبغي أن نحرص على ألا نناقش الأمور التي طلب المريض أن تبقى سريّة.

في بعض الحالات، تُعتبر الأسرة عنصراً أساسيّاً للحصول على معلومات عن الشخص. فالأشخاص الذين يعانون الاضطرابات النفسيّة الحادّة أو الإدمان مثلاً لا يستطيعون إعطاء وصف واضح ودقيق للحالة. وفي هذه الحالات، يمكن أن يزوّدنا الأقرباء بالمعلومات اللازمة للتوصّل إلى تشخيص. وللأقرباء دورٌ مهم في الاعتناء بصحّة الشخص وتشجيعه على تناول الأدوية الموصوفة.

الفصل الثالث

علاج الاضطرابات النفسيّة

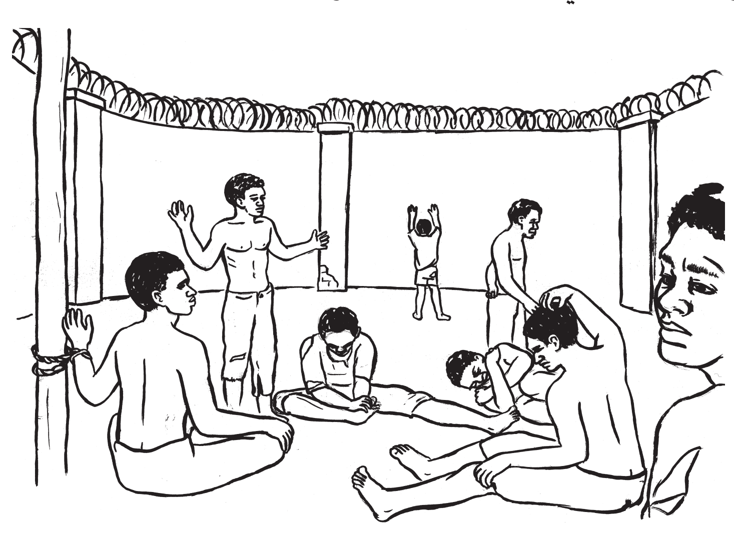
في الماضي، كان عدد كبير من «المرضى» النفسيّين يُحتجَزون في مستشفيات الأمراض العقليّة ويُعاملون بقلّة احترام. وكان الناس يلقون عليهم اللوم بسبب سلوكهم ويسيئون معاملتهم. وحتّى في أيّامنا هذه، يعاني بعض «المرضى» النفسيّين من الوصمة الاجتماعية والتمييز وانتهاكَ حقوقهم كبشر في منازلهم وفي بعض مستشفيات الأمراض النفسيّة والعقليّة. ويظنّ أشخاص كثيرون أنّ الأمراض والاضطرابات النفسيّة غير قابلة للعلاج، وبعضهم لا يفهم كيف يمكن أن يُعتبر «التحدّث» إلى شخص علاجاً «طبيّاً» أو شافياً.

ولكنّ الواقع مختلف تماماً، فيمكن معالجة الكثير من الاضطرابات النفسيّة بفعاليّة. والمشكلة الحقيقيّة تكمن في أنّ عدداً كبيراً من الذين يعانون الاضطرابات النفسية نادراً ما يستشيرون عاملاً صحيّاً. وحتى في حال ذهبوا لاستشارته، فإنهم غالباً ما يحصلون على علاجات غير فعّالة أو حتى مضرّة. فأدوية الاضطرابات النفسيّة، تماماً مثل أدوية الأمراض الجسدية، لا تفيد إلا إذا أخذت بالجرعات الصحيحة وللمدّة المطلوبة. وقد يكون «التحدّث» والتعبير عن المشكلة له فائدة تضاهي فعالية الدواء. فان فعالية الكلام والتعبير عن المشكلة والمعاناة تعتمد على الأسلوب الذي يتّبعه العامل الصحي وعلى شكل ونوع وحدّة الاضطراب. فإن بعض الأفراد الذين يعانون الاضطراب النفسي الشديد، وخاصة مرضى الذهان، لا يعتقدون بوجود اضطراب لديهم، وبالتالي لا يشعرون بضرورة العلاج.

يجب أن نتذكّر أمرين مهمّين في أثناء قراءة هذا الفصل:

- يستطيع العامل الصحيّ المزوّد بالمعلومات الأساسيّة في هذا الدليل أن يتعامل مع غالبيّة الاضطرابات النفسيّة. لذا، فإنّ تشخيص اضطراب نفسيّ لدى الشخص لا يعني بالضرورة أنّ هذا الشخص بحاجة إلى رعاية اختصاصيّ. ولكن التشخيص الأولي للاضطراب يسمح للعامل الصحي بأن يحدد طرق العلاج المناسبة.

- هناك عدة طرق فعّالة لمعالجة الاضطرابات النفسية. وان الطريقة الأقلّ إفادةً على المدى البعيد هي المقاربة الاعتياديّة للاضطرابات النفسيّة، التي تقضي بمعالجة الأعراض الجسدية المختلفة دون سواها، مثلاً وصف الحبوب المنوّمة لمشكلات النوم، والمنشطات والفيتامينات للتعب، والمسكنات للأوجاع والآلام. فتشخيص الاضطراب وتحديد نوعه وأسبابه وإعطاء العلاج المناسب هي عناصر هامّة بالنسبة إلى الاضطرابات النفسيّة مثلما هي بالنسبة إلى الأمراض الجسدية.



حتى في أيامنا هذه، ما زال «المرضى» النفسيّون يُعامَلون معاملةً لاإنسانية في أماكن كثيرة

٣–١ العلاج بالدواء



٣–١–١ متى ينبغي استعمال الأدوية؟

أوّلاً يجب أن نقرّر إن كان استعمال الدواء مناسباً. فأحياناً يصف العامل الصحّي دواءً مع أنّه لا يرى ضرورة لذلك. ولكن يجب ألا نستعمل الدواء لمجرّد أنّ الشخص يتوقّع هذا. فبعض الأشخاص يتوقّع الدواء لأنه معتاد أن يوصف له في كلّ زيارة إلى العامل الصحّي. وقد يعتقد أنّ الطريقة الوحيدة لمعالجة «مرض» معيّن هي الدواء والحقن. وقد لا يدرك هذا البعض الدورَ المهم الذي تمثله المعرفة وأسلوب العيش والدعم العاطفيّ. لذلك، إذا لم نستغلَّ الفرصة لزيادة معرفتهم، واكتفينا باستعمال الأدوية غير اللازمة، قد يستغرق شفاؤهم وقتاً أطول بكثير. وعلى المدى البعيد، سوف يعود إلينا «المريض» مراراً ولفترات أطول ويأخذ المزيد من وقتنا. من زاوية أخرى، بعض الأشخاص يرفض الدواء رفضاً قاطعاً ويعطي أسباباً وأعذاراً لا تُعَدّ. أمّا السبب الشائع لرفض الأدوية فهوالجهل.

الواقع أنّ بعض العاملين الصحيّين قد يظن أنّ أدوية الاضطرابات النفسيّة خطيرة جدّاً. غير أنّ أنواع العلاجات المتوفّرة بالأدوية تختلف باختلاف «الأمراض» النفسيّة، وينبغي اتّباع بعض القواعد العامّة (راجع الإطار ٣–١). وإذا اتّبعتَ هذه القواعد كما يجب، فسنجد أنّ أدوية الاضطرابات النفسيّة لا تقلّ أماناً عن الأدوية الأخرى. ينبغي ألا نرتكب الخطأ إذاً ونتجنب الدواء عندما نرى بوضوح أنّ «المرض» الذي يعانيه الشخص سيفيده الدواء.

لقد أثبتت التجربة أنّ الدواء مفيد للاضطرابات النفسيّة الآتية:

- الاضطرابات النفسيّة الشديدة، بما فيها الفصام، ومرض الهوس – الاكتئابي، وحالات الذهان الحادّ (سايْكوزيْس – راجع الفصل الرابع).
- الاضطرابات النفسيّة الشائعة، ولا سيّما إذا طالت أكثر من شهر وبدأت تؤثّر بشكل خطير على حياة الشخص اليوميّة (راجع الفصل الخامس).
- حالات الضغط الحادّ، مثل الاهتياج والحركة المستمرّة بعد وفاة فرد من العائلة (راجع الفصل السابع).

الإطار ٣–١ الخطوات التي ينبغي اتباعها لاستعمال الأدوية في حالات الاضطرابات النفسيّة

- نحاول تحديد نوع الاضطراب النفسيّ، علماً أنّ التشخيص يسهّل علينا اختيار العلاج.
- بناءً على نوع «المرض» النفسيّ، نقرّرْ ما إذا كان من الضروريّ اتباع العلاج بالدواء.
- نستعمل الإرشادات الواردة في القسم ٣–١–٢ لاختيار الدواء المناسب.
- نشرح «للمريض» كيف يأخذ الدواء ولكم من الوقت.
- للحدّ من الآثار الجانبيّة، قد تستوجب بعض الأدوية البدء بجرعات صغيرة وزيادتها تدريجيّاً إلى أن تبلغ المعدّل المطلوب.
- نراقب الآثار الجانبيّة باستمرار وعن كثب.
- لا نتجاوز أبداً الجرعة القصوى.
- نستعمل الأدوية حسب المقادير المناسبة ونتجنّب استعمال بعض الأدوية لفترات قصيرة جدّاً (مثل الأدوية المضادة للاكتئاب) وغيرها لفترات طويلة جدّاً (مثل الحبوب المنوّمة).
- نقاوم الرغبة في الاستمرار بإعطاء نفس مقادير الدواء كالسابق. وإذا عاينّا شخصاً يتناول دواءً منذ سنوات، نراجع حالته الصحيّة.
- نطّلع على الأسماء التجاريّة للأدوية الشائع استعمالها في منطقتنا وأسعار هذه الأدوية. الأدوية هي مواد كيميائية تحدث تأثيرات مفيدة لعلاج بعض الأمراض، وتحدث أيضاً تأثيرات جانبية قد تكون مضرّة. لذلك، من الضروري معرفة كل ما يخص الدواء وتأثيراته الجانبية قبل أن نفكر في استخدامه (أنظر الفصل الحادي عشر).

٣–١–٢ أيّ أدوية نستعمل؟

في الخطوة التالية، ينبغي أن نقرّر أيّ دواء نستعمل. تُقسَم أدوية الأمراض والاضطربات النفسيّة إلى أربعة أنواع أساسيّة:

- أدوية لمعالجة الاكتئاب (مضادات الاكتئاب).
- أدوية لمعالجة القلق (مضادات القلق، ومنها معيقات بيتا beta-blockers).
- أدوية لمعالجة الاضطرابات النفسيّة الشديدة (مضادات الذهان).
- أدوية للسيطرة على اضطراب الهوس – الاكتئابي.

يعتمد الدواء المستعمل أحياناً على تشخيص نوع «المرض» النفسيّ. فقد تُستعمَل مضادات الاكتئاب لمعالجة الاضطرابات النفسيّة الشائعة. كذلك قد تُستعمَل الأدوية لمعالجة الأعراض. فيمكن استعمال الحبوب المنوّمة لمساعدة شخص على النوم بصرف النظر عن التشخيص. أو يمكن استعمال مضادات الذهان (مهدئات) لمعالجة السلوك المضطرب الذي يظهر في الاضطرابات النفسيّة الحادّة أو في التأخر العقليّ. في ما يلي الإرشادات العامة لاختيار الدواء الذي ينبغي أن نستعمله في معالجة أنواع معيّنة من الاضطرابات النفسيّة. أمّا التفاصيل حول الأسماء التجاريّة، والأسعار، والجرعات، والآثار الجانبيّة فيمكن الاطّلاع عليها في الجزء الرابع.



مضادات الاكتئاب

تُستعمل هذه الأدوية في حالات الاكتئاب والقلق. وغالباً ما تترافق هذه الاضطرابات مع شكاوى جسدية غير مفسَّرة طبيّاً، مثل التعب ومشكلات النوم. أيضاً، هذه الأدوية مفيدة في حالات الاضطراب الهوسي، واضطراب الوسواس القهريّ، والرّهاب (فوبيا). ويمكن استعمالها أيضاً عندما يتزامن الاكتئاب مع مشكلات نفسيّة أخرى مثل إدمان الكحول أوالفصام.

يمكن استعمال ثلاثة أنواع أساسيّة من الأدوية المضادة للاكتئاب:

- مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات tricyclic antidepressants، مثل إيميبرامين imipramine، وآميتريبتيلين amitriptyline، ونوريميبرامين norimipramine، ونورتريبتيلين nortriptyline، ودوثييبين dothiepin، وديزيبرامين desipramine
- معززات السيروتونين serotonin boosters، مثل فلويوكزيتين fluoxetine، وسيرترالين sertraline، وفلوفوكزامين fluvoxamine
- أدوية جديدة، مثل فنلافاكسين venlafaxine، وباروكزيتين paroxetine، وبوبروبيون bupropion، وسيتالوبرام citalopram

وينبغي أن نتذكر بعض النقاط عندما نصف مضادات الاكتئاب:

- تبدأ فعاليّة مضادات الاكتئاب بعد ثلاثة أو أربعة أسابيع.
- يجب الاستمرار في العلاج لمدة لا تقلّ عن ستة أشهر لتجنب الانتكاس.
- هذه الأدوية ليست فعّالة إلا إذا أعطيت بالجرعات الصحيحة.
- مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات tricyclic antidepressants قد تسبّب النعاس. ينصح «المرضى» بالابتعاد عن الكحول.
- غالباً ما تكون الآثار الجانبية قصيرة الأمد. فنشجّع الأفراد على الاستمرار في أخذ الدواء ما لم يشكوا من أيّ آثار جانبيّة.
- نتجنّب وصف الأدوية ثلاثية الحلقات للأفراد المصابين بتضخّم في غدّة البروستات أوبالماء الأزرق.
- معززات السيروتونين serotonin boosters تسبّب آثاراً جانبيّة أقلّ من سواها ولكن قد تكون كلفتها أعلى.

مضادات القلق

تسمّى هذه الأدوية أيضاً «الحبوب المنوّمة»، وتشمل ديازيبام diazepam، ونيترازيبام nitrazepam، ولورازيبام lorazepam، وكلونازيبام clonazepam، وألبرازولام alprazolam، وأوكسازيبام oxazepam. وهي تستعمل لمعالجة مشكلات النوم والقلق.

عندما نصف هذه الأدوية يجب أن نتذكر بعض النقاط:

- على «المريض» أن يبتعد عن الكحول.
- الابتعاد عن النشاطات التي تحتاج الى تركيز كالقيادة.
- نتجنّب إعطاءها لامرأة في الشهر الأخير من حملها.
- تقضي القاعدة العامة بألا نصفها لمدّة تفوق أربعة أسابيع لأنها قد تؤدّي إلى مشكلة إدمان (راجع القسم ٦–٣).

معيقات بيتا Beta blockers

تستعمل هذه الأدوية عادةً لمعالجة ارتفاع ضغط الدم واضطرابات القلب. ومن بين هذه الأدوية، بروبانولول propanolol الذي تبيّن أنّه يفيد في الحدّ من الأعراض الجسدية الناتجة من القلق الحادّ (مثل ارتجاف اليدين وتسارع نبضات القلب).

وعندما نصف هذه الأدوية، ينبغي أن نتذكّر نقطتين:

- تجنّبْ وصفها لأشخاص يعانون مشكلات تنفّس أوقصوراً في القلب.
- تجنّبْ وصفها لامرأة في الشهر الأخير من حملها.

مضادات الذهان (المهدئات)

تتوفّر هذه الأدوية بعدّة أنواع، ولكن الطريقة الأبسط لتصنيفها هي الآتية:

- مضادات الذهان القديمة، مثل كلوربرومازين chlorpromazine، وثيورادازين thioradazine، وتريفلويوبيرازين trifluoperazine، وهالوبيريدول haloperidol .
- مضادات الذهان الجديدة، مثل أولانزابين olanzapine، وكلوزابين clozapine، وريسبيريدون risperidone.

الأدوية القديمة لها آثار جانبيّة أكثر، ولكنّها أقلّ كلفةً من الأدوية الجديدة. تستعمل مضادات الذهان لمعالجة الاضطرابات النفسيّة الحادة ولتهدئة الأشخاص العدوانيّين أوالمشوّشين. لذلك يمكن وصفها أيضاً للأشخاص الذين يعانون التأخر العقليّ أو خرف الشيخوخة، للسيطرة على سلوكهم المضطرب.

وينبغي ألا ننسى النقاط الآتية عندما نصف هذه الأدوية:

- قد تتطلّب هذه الأدوية عدّة أسابيع ليظهر مفعولها التام.
- في حالات الذهان قصير الأمد، يمكن تخفيف الجرعات تدريجّاً بعد أسبوعين. وإذا عادت الأعراض، عندئذٍ نعود إلى الجرعات الأساسيّة، ونستمرّ بها لمدّة ثلاثة أشهر ثمّ نحاول تخفيفها من جديد.
- في حال الفصام، نعطي الدواء لمدّة سنة على الأقلّ (وقد يستلزم بعض المرضى مدّة أطول بكثير).
- في معالجة الهوس، نعطي الدواء إلى أن تتلاشى الأعراض ولمدة ثلاثة أشهر بعد ذلك. وفي خلال هذه الفترة، نبدأ بإعطاء دواء آخر للوقاية من ظهور الأعراض من جديد (انظر أدناه).
- غالباً ما تُحدث هذه الأدوية آثاراً جانبيّة ولكن بسيطة عند معظم الأشخاص.
- يمكن أن نخفّف من الآثار الجانبيّة إذا قلّلت الجرعات بنسبة ضئيلة.
- نستعمل بروسيكليدين procyclidine أوبنزكسول benzhexol لتخفيف الآثار الجانبيّة للرجفة والتصلُّب. يَنصح بعض اختصاصيّي الصحّة النفسيّة بإعطاء هذه الأدوية لكلّ المرضى للتقليل من الآثار الجانبيّة، الأمر الذي يساعد المريض على الالتزام أكثر.
- في حالات تشنّج العضلات الحادّ (مثل تشنّج عضلات العنق)، نستعمل حقنات بروسيكليدين procyclidine أوبنزكسول benzhexol.



اضطراب و خلل في الحركة عندما يتحرّك الشخص باستمرار ويشعر بأنّه غير قادر على القعود من دون حركة Akahisia



خلل في التوتر العقلي يتمثل بحركات فجائيّة لأجزاء من الجسم، مثل الرأس Dystonias



الكتاتونيا، قد يشعر الشخص بالتصلّب، ما يؤثّر على تحرّكاته مثل المشي Catatonia



الرجفة هي ارتعاش الجسم ولا سيّما اليدين Tremors

الآثار الجانبيّة للأدوية المضادة للذهان (أعلاه) والخطوات الواجب اتباعها لوضع حدٍّ لهذه الآثار أوالتقليل منها (أدناه)



نقلّل كمّيّة الدواء

أو نجرّب دواءً لتخفيف الآثار الجانبيّة

أو نستعمل دواءً آخر للاضطراب النفسيّ

أدوية للوقاية من اضطراب الهوس – الاكتئابي أوالاضطراب ثنائيّ القطب(الاكتئاب الدوري)Bipolarity .

الاضطراب ثنائيّ القطب(الاكتئاب الدوري) وهو الاضطراب النفسيّ الوحيد الذي يمكن الوقاية من معاودته بأدوية معيّنة. ولهذه الغاية يمكن استعمال واحد من الأدوية الثلاثة الآتية:

- كاربونات الليثيوم lithium carbonate
- فالبروات الصوديوم sodium valproate
- كاربامازيبين carbamazepine

ينبغي أخذ كلّ من هذه الأدوية لفترة طويلة (عادةً سنتين على الأقلّ) وعلى من يتناولها أن يراقب نسبة الدواء في الدم. والأفضل أن يقرّر الطبيب البدء باستعمالها. وينبغي ألا يُستعمل الليثيوم إذا لم تتوفّر التسهيلات لاختبار نسبة الدواء في الدم. وفي هذه الحال، يُستحسن استعمال كاربامازيبين carbamazepine أوفالبروات valproate فهما أكثر أماناً. ولكن يجب ألا يوصف أيٌّ من هذه الأدوية لامرأة حامل.

٣-١-٣ ما العمل إذا لم يتحسّن الشخص؟

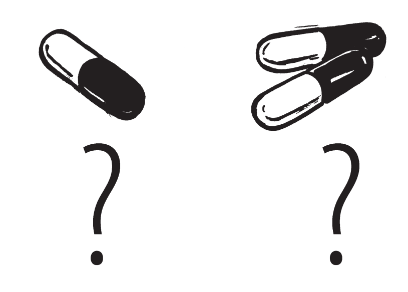
إذا لم يتحسّن الشخص «المريض»، نحاولْ أن نعرف أحد الأسباب المحتملة الآتية:

- **قلّة الالتزام.** نتأكّد من أنّ الشخص قد فهم سبب إعطائه الدواء وعرف الكمية والجرعات التي ينبغي أن يتناولها. وقد لا يلتزم الشخص بالدواء لأنه يشعر بتحسّن فيقرّر أنه لم يعد بحاجة إليه، أو لأنّه قلق من أن يُدمن الدواء، أو بسبب الآثار الجانبيّة (انظر أدناه).
- **كمية الدواء غير كافية.** ولا سيّما الأدوية المضادة للاكتئاب، فغالباً ما تُعطى بجرعات صغيرة جدّاً.
- **مدة أخذ الدواء غير كافية.** وهذا أيضاً ينطبق على مضادات الاكتئاب خصوصاً. فهذه الأدوية تستوجب أسبوعين على الأقلّ قبل أن تُعطي نتيجة إيجابيّة.
- **تشخيص خاطئ.** الانقطاع والتعب هما من أعراض الاكتئاب أو، في بعض الحالات، من أعراض الذهان. وفي الحالة الثانية، لن ينفع الدواء المضاد للاكتئاب. لذا فعلينا أن نعيد النظر في تشخيصنا، بعد أن نتأكّد من أن «المريض» قد التزم بالجرعات الكاملة التي وصفتَها له لمدّة شهر على الأقلّ.

إذا لم نشهد أيّ تحسُّن، حتى بعد الأخذ بالاعتبارات المذكورة، قد نضطرّ إلى إحالة الشخص على أقرب مركز صحي.



بعض الأشخاص يرفض الأدوية



ينبغي أخذ الجرعات الصحيحة من الأدوية



ينبغي أخذ الأدوية طوال المدّة المطلوبة



إذا لم نلاحظ تحسّناً، نعيد النظر في تشخيصنا



عند الضرورة، نحيل الشخص على اختصاصيّ في الصحّة النفسيّة

٣–١–٤ ما العمل تجاه الآثار الجانبيّة؟

أوّلاً، نتأكّد من أنّ الشكاوى هي فعلاً آثار جانبيّة. فقد يشكو أحد الأشخاص مثلاً من أنّه يشعر بالتعب منذ أن بدأ يأخذ الدواء، غير أنّ الأسئلة قد تُظهر أنّ هذه الأعراض كانت موجودة حتى قبل بدء الدواء وهي بالتالي نتيجة للاضطراب. وفي هذه الحالات، نفسّر هذا الواقع للمريض لنطمئنه. ونتذكّر الآثار الجانبيّة الشائعة لأدوية الاضطرابات النفسيّة والعصبيّة، فإذا لم تتوافق الشكوى مع واحد من هذه الآثار الجانبيّة، نبحث عن أسباب أخرى.

حين نتأكّد من أنّ ما يشكو منه الشخص هو أحد الآثار الجانبيّة، علينا درس الاحتمالات الآتية:

- **هل الآثار الجانبيّة لا تُحتمَل؟** معظم الأدوية لها آثار جانبيّة، إلا أنّ أكثرها بسيط وموقّت. لذلك نسأل الشخص كم يزعجه هذا الأثر الجانبيّ. وغالباً ما سيجيبنا أنّه يستطيع تحمّل الأعراض، شرط أن يأتي الدواء بنتيجة أكيدة في وقت قصير.
- **هل يمكن تقليل الجرعة؟** قد يؤدّي تقليل الجرعة أحياناً إلى تخفيف الآثار الجانبيّة من دون أن يزيد من حدّة المرض.
- **هل يمكن إعطاء الشخص دواءً آخر؟** قد تُستعمل عدّة أنواع من الأدوية لمعالجة الاضطراب النفسيّ ذاته. ففي حال لم يستطع الشخص تحمّل الآثار الجانبيّة الناتجة عن أحد الأنواع، يمكن أن نستبدله بآخر.
- **هل الدواء ضروريّ؟** قد يصبح الدواء غير ضروريّ عند بعض الأشخاص بعد عدّة زيارات. لذا يمكن أن نفكّر في الاستغناء عنه ورؤيتهم بعد أسبوع لنتأكد من أنّ حالتهم لا تزال أفضل من السابق.

٣–١–٥ متى نحتاج إلى الحقن في علاج الاضطرابات النفسيّة؟

للحقن دورٌ محدود جدّاً في علاج الاضطرابات النفسيّة (راجع الإطار ٣–٢). ويُنصَح بألا نلجأ إلى الحقن إلا في الحالات المذكورة في الإطار ٣–٢. ونتجنّب استعمال الحقن غير الضروريّة مثل الفيتامينات عند الشخص الذي يشكو من التعب والضعف، اللذين يأتيان عادةً نتيجة اضطراب نفسيّ عاديّ، لا نتيجة نقص نسبة الفيتامينات. تُعطي الرسوم في الصفحة التالية بعض الإرشادات حول كيفيّة إعطاء الحقن.

الإطار ٣–٢ علاج الأدوية النفسيّـة بالحقن

عند الأشخاص العنيفين أوالهائجين الذين يرفضون تناول الدواء بالفم.

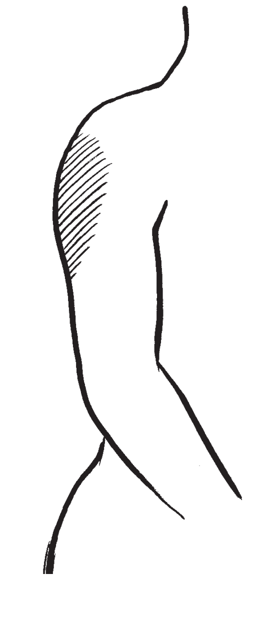
نختار واحداً مما يلي:

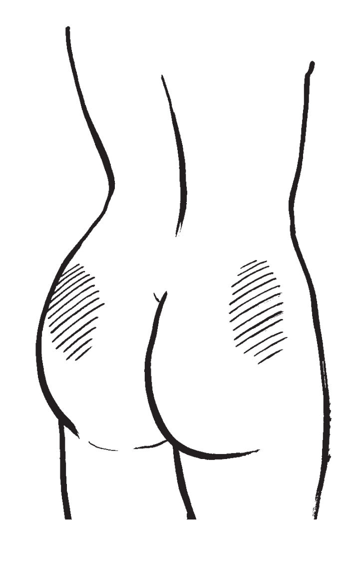
- ديازيبام diazepam، حقنة في العضل أو حقنة شديدة البطء في الوريد، من ٥ إلى ١٠ مليغرامات.
- هالوبيريدول haloperidol، حقنة في العضل، من ٥ إلى ١٠ مليغرامات.
- كلوربرومازين chlorpromazine، حقنة في العضل، من ٢٥ إلى ١٠٠ مليغرام.

عند الأشخاص المصابين بالفصام الذين لا يلتزمون جيّداً بالأدوية بالفم، ويمرضون دائماً (الأفضل أن نحيل هؤلاء الأشخاص على اختصاصيّ).

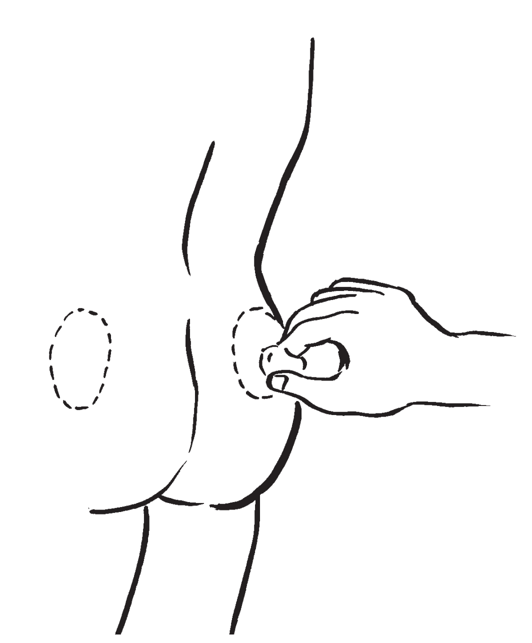
اختر واحداً مما يلي:

- فلوفينازين ديكانوات fluphenazine decanoate، من ٢٥ إلى ٧٥ مليغراماً كل أربعة أسابيع.
- فلوبنتيكسول ديكانوات flupenthixol decanoate، من ٢٥ إلى ٢٠٠ مليغرام كل أربعة أسابيع.
- هالوبيريدول ديكانوات haloperidol decanoate، من ٢٥ إلى ١٠٠ مليغرام كل أربعة أسابيع.
- زوكلوبنتيكسول ديكانوات zuclopenthixol decanoate، من ١٠٠ إلى ٤٠٠ مليغرام كل أربعة أسابيع.









نحقن الدواء في الجزء الأعلى من الذراع أوالرّدف، في داخل العضل.

إذا كانت هذه المرة الأولى التي يتناول فيها الشخص هذا الدواء، نعطيه دائمًا جرعة اختباريّة بربع كميّة الجرعة الكاملة التي نريد إعطاءها.

ننظّف موضع الحقنة.



إذا لم تظهر أيّ ردود فعل بعد ساعة واحدة نتيجة حساسيّة، نعطي الكميّـة المتبقّية من الجرعة.





٣–١–٦ كلفة الأدوية

تتميّز عدّة أدوية جديدة عن الأدوية القديمة ببعض الحسنات، ولا سيّما بنتائج طبية فضلى وآثار جانبيّة أقلّ. غير أنّ المشكلة الكبرى هي كلفتها (مثل الأدوية الجديدة للمشكلات الصحيّة الأخرى). وهذا اعتبارٌ ينبغي الأخذ به عند اختيار الدواء للمريض، فقد يكون الفارق على صعيد الآثار الجانبيّة أقلّ أهميّةً بالنسبة إليه من الفارق على صعيد كلفة الدواء. لقد خصّصنا فراغاً في الفصل الحادي عشر، لندوّن فيه ثمن الأدوية المختلفة في منطقتنا، فيتسنّى لنا اختيار الدواء المناسب للأشخاص الذين يأتون لاستشارتنا.

٣–١–٧ كيف نتأكّد من أنّ الأشخاص يتناولون الدواء؟

أهمّ ما يمكن فعله هو زيادة معرفة الشخص حول اضطرابه ودوائه. وهذه بعض النقاط المهمّة:

- نشرح كيف يمكن أن يتسبّب الاضطراب بالأعراض، وكيف يمكن أن تفيد الأدوية، تماماً كما يحدث مع الاضطرابات الجسدية.
- نشرك العائلة (بإذن من «المريض») في تشجيع الشخص على أخذ الدواء.
- نتّخذ التدابير اللازمة للتقليل من الآثار الجانبيّة قدر الإمكان، وذلك بالبدء بجرعات صغيرة وزيادتها تدريجيّاً للوصول إلى المعدّل المطلوب.
- نشرح للشخص أنّ عدداً من أدوية الاضطرابات النفسيّة يستلزم بعض الوقت قبل إعطاء أيّ مفعول (فمضادات الاكتئاب مثلاً، لا يبدأ مفعولها قبل أسبوعين على الأقلّ).
- ينبغي أن نرى الشخص مرّة في الأسبوع على الأقلّ إلى أن تظهر مؤشرات الشفاء.
- في حال ظهور أيّ آثار جانبيّة، نتبع الخطوات المشار إليها سابقاً (راجع القسم ٣–١–٤).
- نلتزم بجداول الجرعات البسيطة، فعدّة أدوية قد تُعطى مرّة في اليوم (مثل معظم مضادات الذهان ومضادات الإكتئاب).
- إذا كنا نعرف كم من الوقت مضى على المعاينة الأخيرة، يمكن أن نعدّ الحبوب المتبقّية في الحنجور لنتأكّد من أنّ الشخص تناول الكميّة المطلوبة من الحبوب.

٣–٢ العلاج بالكلام أو الإرشاد

يظنّ بعض العاملين الصحيين أن الرعاية الصحيّة «الجيّدة» يجب ألا تقتصر على «مجرّد التحدّث». ويشكّ كثير منهم في إمكانيّة اعتبار الكلام وسيلةً علاجية. لذلك يصف عددٌ كبير من العاملين الصحيّين دواءً لكلّ من يأتي إلى العيادة، ويتوقّع عددٌ كبير من الأشخاص أن يوصف لهم دواء عند زيارة العيادة. وقد يقول لنا البعض حتّى إنّهم بحاجةٍ إلى حقنة! لذا ينبغي توضيح بعض الشكوك والخرافات حول دور التحدّث في العلاجات الصحيّة.

غالباً ما تُسمّى أشكال العلاج بالكلام: «الإرشاد». ويُستَخدم مصطلح «إرشاد» بعدّة طرق وتختلف معانيه باختلاف الأشخاص. وبالتالي يمكن أن يقوم شخصٌ، لم يحصل على أيّ تدريب رسميّ، بـ «إرشاد» أصدقائه الذين يشعرون بالاكتئاب. وفي هذا النوع من الإرشاد، يتبع المرشدون عادةً حدسهم ومعرفتهم الشخصيّة. وفي حين أنّ لهذه المقاربة قواها الخاصّة، غير أنّها تختلف بالنسبة إلى كلّ فرد، لذا فلا يمكن اعتبارها «علاجاً» مفيداً للأفراد الآخرين لكي يتعلّموها ويستعملوها. أمّا الإرشاد العلاجيّ فهو في الواقع أكثر من «مجرّد» تحدّث إلى صديق. وذلك لسببين أساسيّين:

- للإرشاد طريقة معيّنة. وترتكز كلّ طرق الإرشاد على نظريّة تفسّر سبب «المرض» النفسيّ عند الشخص وتبحث عن حلول للمشكلات.

- يقوم الاختصاصيون النفسيون بإرشاد عاملين صحيّين لجأ إليهم الأشخاص طلباً للمساعدة. فالنصيحة والاطمئنان اللذان يُعطَيان في هذه الحالة يتمتّعان بقدرة شفائيّة مميّزة. والإرشاد هو مهارة يمكن أن يتعلّمها أيّ عامل صحّيّ مهتمّ ومنفتح.

لقد أثبتت التجربة أنّ الإرشاد يساعد المضطربين النفسيّين فعلاً، غير أنّ الإرشاد ليس «منافساً» للدواء. وإذا اعتبرتَ أنّ المكوّنين الأساسيّين للإرشاد هما زيادة معرفة الشخص حول مرضه وطمأنته كما يجب، فعندئذٍ يمكنك إرشاد أيّ شخص تعمل معه. لأنّ على الجميع في النهاية أن يعرفوا بعض الأمور عن مرضهم. وقد تشكّل زيادة المعرفة كلّ الفرق بين شخص يشعر بالرضى حيال مساعدتنا وآخر غير راضٍ فيطلب مساعدة عاملين صحّيين غيرنا.

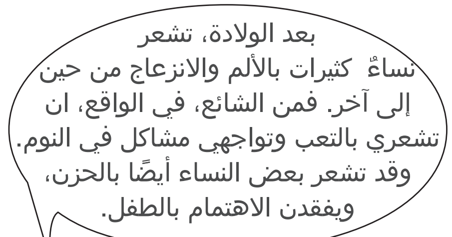
يمكن تطبيق أنواع أخرى من العلاجات النفسيّة البسيطة على مجموعة كبيرة من الحالات العياديّة. ومن هذه الاستراتيجيّات المفيدة، العلاج من خلال حلّ المشكلات (انظر أدناه). وتقضي القاعدة العامّة بالتالي أن تُستعمَل العناصرُ الأساسيّة للإرشاد مع كل الأشخاص الذين يستشيروننا، مهما تكن مشكلتهم الصحيّة. ويمكننا أيضاً أن نقرر استعمال الأدوية مع بعض الأشخاص بالإضافة إلى الإرشاد. في بعض الاضطرابات النفسيّة، يمكن استعمال علاجات نفسيّة أكثر تحديداً وأكبر فعاليّة. وهذه الاضطرابات هي بصورة خاصّة الاضطرابات النفسيّة البسيطة وإدمان الكحول والمخدّرات. في ما يلي الخطوات المحدّدة للعلاج الإرشاديّ:

- نطَمئن الشخص
- نعطي الشخص تفسيراً للوضع.
- نعطي الشخص تمارين للاسترخاء والتنفس.
- نعطي النصائح الشخص عن أعراض معيّنة.
- نساعد الشخص على تعلم مهارات حلّ المشكلات.
- «لا نطمئن الشخص بأنه لن يصاب بجنون إن لم يذكر هو هذه الكلمة».

تنطبق التفسيرات أدناه خصوصاً على الاضطرابات النفسيّة الشائعة، غير أنّ عدداً كبيراً من المبادئ الواردة فيها يُمكن أن يُستعمَل على الاضطرابات النفسيّة عموماً.

٣–٢–١ نُطَمئن الشخص المضطرب نفسياً

غالباً ما يستثني العاملون الصحيّون الأشخاص الذين يعانون الاكتئاب والقلق، ولا يعتبرون مشكلتهم «نفسيّة» أو«عقليّة». وهذا يعني ضمناً أنّهم لا يعانون مشكلةً طبيّة «حقيقيّة». فمن المهمّ ألا نرتكب الخطأ ونقول للشخص «أنت لا تشكومن شيء»، لأنّ معظم الأشخاص يستاؤون من هذا النوع من التعليق. ففي النهاية، لا بدّ من أنّه يشكو من شيء. وكثيرون يخافون من أن يكونوا مصابين بمرض جسدي، وهذا الموقف سوف يزيد من توتّرهم وتعاستهم. لذلك، ينبغي أن نطمئن الشخص إلى أننا نفهم أنه يعاني عدداً من الأعراض المزعجة، ولكن لن ينتج عن هذه الأعراض أيّ مرض خطير يهدّد حياته. علينا أن نطمئنه ونخبره أنّ هذا الاضطراب شائعٌ وأننا سوف نشرح له سبب المشكلة وعلاجها.

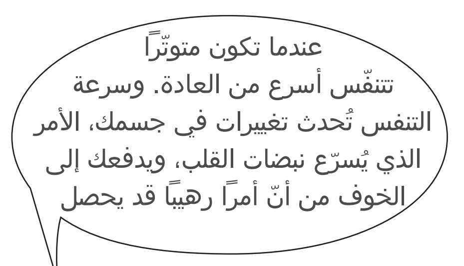




٣–٢–٢ نعطي الشخص تفسيراً للوضع

عندما نفسّر للشخص طبيعة مشكلته، سوف يعي أسباب الأعراض التي يحسّها وتتبدّد شكوكه. أوّلاً، نشرح بكلمات عامّة أنّ كلّ شخص يشعر من وقتٍ إلى آخر بأعراض ناتجة عن انزعاج جسدي. نأخذ مثال «مهى» في الحالة ١–١ أدناه:

بعدئذٍ يمكن أن ننتقل إلى التركيز على الأعراض الخاصّة بحالة الشخص الذي يستشيرنا. يمكن أيضاً أن نعطي تفسيراً أبعد لطبيعة الأعراض إذا عرفنا كيف بدأَتْ. مثلاً، نستطيع أن نقول لـ «سلمى»، في الحالة ١–٢:





«غالباً ما يشكو الشخص من مشكلات في النوم، وأوجاع، ومشاعر قلق، عندما يعاني حالة من الضغط أو الاستياء أوالحزن. وأنتِ كنت تشعرين بالتعب والحزن في خلال الشهر الماضي، منذ أن توفّي زوجك وترك أولادك القرية، فصرتِ مكتئبة. وهذا لا يعني أنك كسولة أومريضة نفسيّاً، بل غالباً ما يواجه الأشخاص في مجتمعاتنا المحلية هذه المشكلة. وكلّ المشكلات التي وصفتِها ناتجة عن هذا الاضطراب العاطفيّ».

أو لنأخذْ مثل «رامي» في الحالة ١–٣:

«إنّ الأعراض التي تحسّ بها، من ضيق التنفس، والدوار، وتسارع خفقان القلب، والخوف، ناتجة عن نوبات القلق. وهذه مشكلات شائعة لا تدلّ على مرض خطير. في الواقع، تأتي هذه الأعراض لأنك متوتّر أو قلق لسببٍ ما، وعندما تكون متوتّراً، تتنفّس أسرع من العادة. وسرعة التنفس تُحدث تغييرات في جسمك، الأمر الذي يُسرّع نبضات القلب، ويدفعك إلى الخوف من أنّ أمراً رهيباً قد يحصل. ولوأنّكَ سيطرتَ على تنفّسك، لاستطعتَ أن توقف النوبة على الفور. وربّما أنت تعاني نوبات القلق هذه بسبب الصدمة الناتجة عن الحادث الذي قُتل فيه صديقك. قد يحدث هذا مع أيّ شخص وهولا يدلّ على أنّك سوف تصاب بالجنون».

أو مثل «سعد» في الحالة ١–٤:

«إنّ مشكلات النوم، والغثيان في الصباح، وأوجاع المعدة، كلّها شكاوى متعلّقة بكثرة الشرب. فالكحول تسبّب الإدمان بشدّة، ولهذا ترغب في الشرب طوال الوقت، وتشعر بالغثيان عندما تستيقظ. أي أنّ انقطاعك عن الشرب هو الذي يسبّب شعورك بالغثيان، ولهذا تشعر بأنّك أفضل حالاً عندما تشرب في الصباح. وبالتالي، أنت تشعر بالاكتئاب والحزن لأنّك فقدت السيطرة على الشرب ولأنك تحسّ بأنّك «مريض». فإذا توقّفت عن الشرب، لا بدّ من أن تختفي هذه المشكلات وأنْ تشعر بتحسّن».



من المهم أيضاً أن نسأل الشخص عن السبب الذي نتج عنه المرض برأيه، وعن العلاج الذي يظنّ أنّه سيفيده. فإذا فهمنا وجهة نظره، سيساعدنا ذلك كثيراً في التخطيط للعلاج. فإذا أخذنا مثلاً شخصاً يظنّ أنّ الأرواح الشريرة هي سبب مشكلته، يمكن أن نقترح عليه أن يستشير رجل دين ليعطيه الإرشاد الروحيّ، وأن نُفهمه أنّ الضغط هو سببٌ آخر لأعراضه، ولهذا ينبغي أن يتبع العلاج الذي نعطيه إيّاه نحن. علينا الا نستخفّ إذاً بوجهة نظر الشخص، ولو بدت لنا غير علميّة، لأنّ النتيجة ستكون أفضل حتماً إذا استمعنا إلى رأي الشخص في المشكلة وتفهّمناه. وبعد أن ننتهي من الشرح، نعطي الشخص دائماً فرصةً للاستيضاح حول شكوكه أومخاوفه.

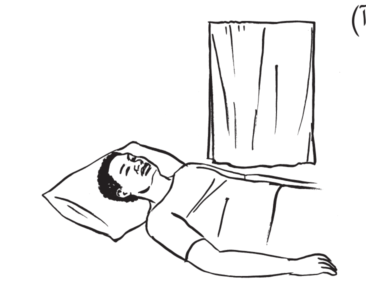
٣-٢-٣ تمارين للاسترخاء والتنفس

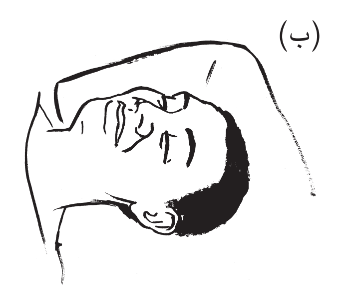
يُعتبر الاسترخاءُ طريقةً مفيدة للتخفيف من آثار الضغط على النفس البشريّة. وهويُستخدَم في الأنواع التقليديّة للتأمّل وفي علم النفس الحديث على حدٍّ سواء. وتَستعمل معظمُ وسائل الاسترخاء نوعاً من تمارين التنفّس. ولهذه التمارين قيمة كبرى في مساعدة الأشخاص على تخطي مشكلاتهم العاطفيّة (لا تنفع تمارين الاسترخاء في حالات الذهان (سايْكوزيْس) وعلى العكس ينبغي عدم استخدامه في حالات الذهام والوسواس القهري).

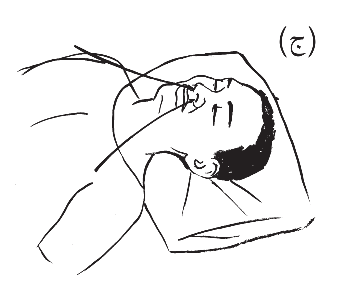
وقبل أن نعلّم «المريض» التمرين المفسَّر أدناه، نجرّبه بأنفسنا. سوف نشعر بالاسترخاء والهدوء. فهو علاج يمكن اتباعه من دون الشعور بالاضطراب!

يمكن القيام بهذا التمرين في أيّ وقت من النهار، وعلى الشخص أنّ يُكرّس له عشر دقائق في اليوم على الأقلّ. ومن الأفضل أن يقوم به في غرفة هادئة فلا يزعجه أحد. في ما يلي الخطوات التي ينبغي اتباعها:

- يبدأ التمرين بالاستلقاء أوالقعود بوضعيّة مريحة. ليس ثمّة وضعيّة معيّنة، بل إن أيّ وضعيّة يجدها الشخص مريحة تُعتبر صحيحة.
- يجب أن يغمض الشخص عينيه.
- بعد نحو عشر ثوان، عليه أن يبدأ التركيز على الشهيق والزفير.
- من ثمّ عليه أن يركّز على التنفس ببطء، وبشكل منتظم، ومتتال ، عبر الأنف
- إذا سألنا عن درجة البطء في التنفس، فعلينا القول له أن يعدّ ببطء حتى ثلاثة في أثناء الشهيق، ثم يعدّ حتى ثلاثة في أثناء الزفير، ثم يتوقف عن التنفس ويعدّ أيضاً حتى الثلاثة، إلى أن يعود إلى الشهيق من جديد.
- نقترح عليه أن يقول في نفسه كلمة «استرخِ» (أوأيّ كلمة مقابلة لها في اللغة المحليّة) في أثناء الزفير. قد يستخدم المتديّنون كلمة لها أهميّة بالنسبة إلى إيمانهم. فالهندوس قد يقولون «أوم» Om، أمّا المسيحيّون فقد يقولون «مَجِّدْ الربّ» والمسلمون «سبحان الله».
- نظهر للشخص كيف ينبغي أن يتنفّس نفساً عميقاً، وبشكل متتالٍ.
- نشرح له أنّه إذا تمرّن يوميّاً، فسوف يشعر بفوائد الاسترخاء في غضون أسبوعين. وإذا طبّق التمرين بطريقة جيّدة، فسيتمكن حتى من أن يقوم به في أوضاع مختلفة، في أثناء جلوسه في الباص مثلاً.


(آ)


(ب)


(ج)


(د)

(آ) استلقِ في غرفة هادئة فلا يزعجك أحد.
(ب) أغمض عينيك وركّز على وتيرة تنفسك.
(ج) ركّز على التنفس ببطء، وبشكل منتظم، ومتتالٍ، عبر الأنف، وخذ نفساً عميقاً في أثناء الشهيق.
(د) ثم استسلم للتنفّس ببطء.
حاول أن تخصص عشر دقائق يوميّاً لهذا التمرين.

٣-٢-٤ نصائح لبعض الأعراض المعيّنة

يكون للإرشاد نتيجة أكثر فعالية إذا كان متناسباً مع الأعراض التي يشكو منها الشخص. وفي ما يلي أمثلة على كيفيّة التعامل مع أعراض معيّنة، سوف نفصّلها لاحقاً في هذا الدليل:

- **نوبات الذعر** Panic attack (راجع الفصل ٥-٢). تنتج نوبات الذعر عن سرعة التنفس. وتمارين التنفس هي طريقة مفيدة جدّاً للسيطرة على هذه النوبات.
- **الرهاب (فوبيا).** الرهاب هوعندما يشعر الشخص بالخوف، بل بنوبات من الذعر، في حالات وظروف معيّنة، ويبدأ بتجنّب هذه الحالات والظروف. والطريقة الفضلى للتعامل مع الرهاب، هي بمواجهة الحالة المسببة للذعر بدلاً من الهروب منها (راجع الفصل ٥-٢).
- **التعب والإرهاق.** غالباً ما يشعر الأشخاص المحبطون بالتعب والضعف. ونتيجةً لذلك، ينقطعون عن نشاطاتهم ويزداد شعورهم بالتعب والإحباط. ولكسر هذه الحلقة المفرغة، يمكن تشجيع الشخص المحبط تدريجيّاً على زيادة النشاطات الجسديّة التي يمارسها (راجع الفصل ٥-٤).
- **مشكلات النوم.** هذه المشكلات شائعة جدّاً. ويمكن أن نساعد معظم الأشخاص على استعادة نظام النوم عندهم، إذا أعطيناهم نصائح بسيطة حول عادات النوم (راجع الفصل ٥-٣).
- **القلق بشأن الصحة الجسدية** (راجع الفصل ٥-١). هذه أيضاً حالة شائعة، ولا سيّما عندما يشكوالشخص من أعراض جسدية كثيرة، من أوجاع وآلام.
- **حدّة الطبع وسهولة الانزعاج.** يشكو بعض الأشخاص من أنّه يواجه صعوبةً في السيطرة على رد فعله. يمكننا أن نستعين بالأفكار الواردة في الفصل ٧-٢، الإطار ٧-٦، لمساعدتهم على التحكّم بغضبهم.

٣-٢-٥ حلّ المشكلات

طريقة حلّ المشكلات تعلّم الأشخاص كيف أنّ المشكلات في حياتهم تشعرهم بالقلق والاكتئاب، وكيف تمنعهم هذه المشاعر من حلّ مشكلاتهم. وليس الهدف هنا أن تحلّ مشكلةً معيّنة، بل أن تعلّم الشخص هذه المهارات لكي يتمكن من تخطّي مشكلاته بنفسه وبشكل فعّال.



(آ) العلاقات غير السعيدة هي إحدى المشكلات التي يواجهها عدد كبير من الناس

(ب) نتيجةً لهذه المشكلة يصبح الشخص حزيناً

(ج) هذا قد يؤدّي إلى التعب وقلّة التركيز، الأمر الذي سوف يزيد العلاقة سوءاً



(آ) من المشكلات الشائعة أن يفتقر الشخص إلى المال الكافي ليؤمّن حاجاته اليوميّة.

(ب) وهذا قد يدفعه إلى اللجوء إلى الكحول.

(ج) يصبح الشخص أشدّ فقراً لأنه ينفق المال الثمين على الكحول.

(د) يسوء عمله فيخسر وظيفته.

(هـ) هذا يشعره بالحزن واليأس، فيضاعف شرب الكحول وتزداد مشكلاته الماديّة.

ملاحظة : في العلاج النفسي لا توجد وصفات جاهزة لذا من الصعوبة وضع اسئلة محددة، من الضروري الوصول الى حلول مع الشخص ومن خلاله.

في ما يلي الخطوات التي ينبغي اتباعها في حلّ المشكلات:

- نحدّد المشكلات (ما هي المشكلات المختلفة التي يشكو منها الشخص؟).
- نلخّص المشكلات (كيف ترتبط هذه المشكلات بالأعراض التي يشكو منها الشخص؟).
- نختار مشكلةً واحدة ونحدّد الأهداف (لماذا ينبغي بالشخص أن يتخطى المشكلة؟).
- نحدّد الحلول (ما هي الخطوة التي يجب أن يتخذها الشخص لكي يتخطى المشكلة؟).
- نراجع نتيجة الخطوة المتخذة (هل خففت من وطأة المشكلة؟ أو هل ساهمت في تحسين مزاج الشخص؟).
- نشرح العلاج.

ملاحظة: لا يمكن أن يكون العلاج الخطوة الأولى.

الإطار ٣–٣ أنواع المشكلات التي يواجهها الأشخاص في حياتهم

- مشكلات في العلاقة مع شريك الحياة، مثل سوء التواصل، وكثرة التجادل، والعنف في العائلة، والحياة الجنسيّة غير المُرضية.
- مشكلات في العلاقة مع الأشخاص الآخرين، مثل أهل الزوج أوالزوجة، أو الأولاد، أو الأقرباء، أو الأصدقاء.
- مشكلات في العمل، مثل البطالة أو كثرة العمل.
- مشكلات ماديّة، مثل قلة المال، والديون.
- مشكلات في المسكن، مثل العيش في حيٍّ مليء بالضجيج.
- العزلة الاجتماعيّة، مثل أن يكون الشخص وحيداً في مكان جديد أو ألا يكون له أصدقاء.
- مشكلات صحيّة جسدية، خصوصاً إذا كانت مؤلمة وطويلة الأمد.
- مشكلات جنسيّة، مثل فقدان الرغبة الجنسيّة.
- الحداد أو فقدان شخص عزيز.
- مشكلات قانونيّة.

نشرح العلاج

الخطوة الأولى في هذه التقنيّة تقضي بأن نشرح العلاج، أي أن نوضّح العلاقة بين المشكلات التي يواجهها الإنسان في الحياة والأعراض العاطفيّة التي يشعر بها، والتي بدورها تضعف قدرة الشخص على حلّ مشكلاته. يمكننا أن نشرح كيف تعمل هذه التقنيّة بالطريقة الآتية:

«الأشخاص الذين يعانون مثل أعراضك، يمكن مساعدتهم إذا نظرنا إلى الطريقة التي يواجهون فيها الضغط ويتعاطون مع المشكلات. أودّ أن نناقش بعض مشكلاتك وأن نفكّر في الطريقة التي يمكنك اعتمادها في التعاطي مع هذه المشكلات».

نحدّد المشكلات

نسأل الشخص عن المشكلات التي تواجهه في حياته. نسأله عن حياته العائليّة في سبيل الغور في أعماق المشكلة. الأفضل بحسب المبدأ العام أن نبدأ بموضوع «آمن» (مثل العمل)، قبل التطرّق إلى المواضيع الحساسة (مثل الجنس). ولكن نتذكّر أن نطرح أسئلة عن المشكلات الشخصيّة، فهي غالباً ما تكون الأهم والأكثر إيلاماً. وإليك طريقة مفيدة لطرح الأسئلة الشخصيّة:

«أحياناً عندما يشعر الناس بالحزن يفقدون الرغبة الجنسيّة بعض الشيء، فهل حصل هذا معك؟».

أو

«من الشائع عند الأشخاص القلقين أن يشربوا الكحول أكثر من العادة، فكم تشرب هذه الأيّام؟».

هذه الطريقة في التطرق إلى الموضوع الشخصيّ تثبت «للمريض» أننا لن نتفاجأ إذا قال «نعم». في الإطار ٣–٣ لائحة بالمشكلات الصعبة التي يحملها عادةً الأشخاص الذين يعانون مشكلات صحيّة نفسيّة إلى العاملين الصحيّين.

نلخّص المشكلات

بعد أن نجمع المعلومات عن المشكلات، نلخّص المشكلات الأساسيّة للشخص، ونقول له مثلاً:

«لقد أخبرتِني أنّ ولادة طفلك قد غيّرت أموراً كثيرة في حياتك. أنتِ الآن لا تعملين، وتبقين مستيقظة معظم الليل، وقلّ عدد أصدقائك. كلّ ذلك أثّر أيضاً على علاقتك بزوجك».

هذه الطريقة تخدم العلاج على عدّة أصعدة. فهي تؤكّد للشخص أنّنا كنا نصغي إليه، ونظهر أنّ المشكلات لها بنية معيّنة. وهي أيضاً طريقة مفيدة للحصول على المزيد من المعلومات الشخصيّة.

نختار مشكلةً واحدة ونحدّد الأهداف

تقضي الخطوة التالية بأن نختار مشكلة معيّنة تستحق التطرّق إليها وأن تحدّد الأهداف التي يرغب الشخص في تحقيقها. في ما يلي بعض الأفكار التي تساعد في اختيار المشكلة المناسبة:

- نطلب من الشخص أن يضع لائحة بكل مشكلاته، ونحدّد المشكلات التي تشغله أكثر من سواها.
- نختار معه مشكلة لها حلّ محتمل على المدى القريب. فليس محبّذاً أن نبدأ مثلاً بالمشكلة التي تعيقها صعوبة طويلة الأمد مع شريك الحياة. أمّا المشكلات التي لم يمض عليها وقت طويل، مثل التكيّف في العمل أو الشعور بالعزلة الاجتماعيّة، فقد يكون من المجدي أن نبدأ بها.
- نتذكّر أنّ هدف العلاج هو أن نعلّم الشخص مهارات حلّ مشكلاته، لا أن نحاول حلّ كلّ مشكلاته.
- نحدّد مع الشخص المشكلة التي يرغب في معالجتها.

نحدد الحلول

لتحديد الحلول، ينبغي اتباع الخطوات الآتية بالشراكة مع الشخص:

- نبتكر الحلول ونفكّر مع الشخص في حلول مختلفة.
- نخفّض عدد الحلول. فإذا توافرت عدة خيارات، نركّز على الخيارات الأكثر عمليّة بالنظر إلى الحالة الاجتماعية للشخص.
- نحدّد النتائج. نفكّر مسبقاً في ما يمكن أن ينتج عن تطبيق الحلول.
- نختار الحلّ الأفضل.
- نضع مخططاً لتنفيذ الحلّ.
- نحدّد بعض الأهداف المعيّنة التي يمكن أن يحقّقها الشخص قبل موعد المعاينة التالية.
- نفكّر معًا في ما يمكن أن يحدث في أسوأ الحالات، أي إذا فشل الحلّ كليّاً.

نشجّع الشخص على أن يبتكر الحلول لمشكلاته، فبهذه الطريقة نزيد من ثقته بنفسه. فإذا قال مثلاً إنّ الوحدة هي مشكلة أساسيّة بالنسبة إليه، ينبغي ألا نقول: «أظن أنّ بإمكانك تخطّي هذا الأمر نهائيّاً إذا قمت بزيارة بعض الأصدقاء»، حتى ولو كان هذا حلاً منطقيّاً وممتازاً للمشكلة. بدلاً من ذلك، نقول: «الآن وقد حدّدنا مشكلةً تودّ معالجتها، كيف تريد أن تبدأ بحلّها؟».

غالباً ما يكون تحديد المشكلات صعباً، وقد نحتاج إلى أن نساعد الشخص إمّا بطرح المزيد من الأسئلة وإمّا بإعطائه النصائح المباشرة، كالآتي:

- نحدّد المصادر الأساسيّة للدعم الاجتماعي، لكي نساعده على أن يدرك من هم الأشخاص الذين يهتمون لأمره.
- نحدّد نقاط القوة عنده، فنعطيه مثلاً أمثلة عن حالات سابقة تُصوّر قدرته على التكيّف.
- من المهم أن نطّلع على كل الجمعيات المتوافرة للمساعدة في المنطقة، لكي نتمكّن من إعطاء النصائح العمليّة لبعض المشكلات المحدّدة. يمكننا إدخال لائحة بكلّ الجمعيات العاملة ومراكز تقديم المساعدة في قسم الموارد في الجزء الرابع.
- قد نحتاج إلى اتخاذ دور مباشر أكثر مع بعض الأشخاص، فنضطرّ إلى أن نكتب الرسائل إلى جمعيات المساعدة الأخرى نيابةً عن الأشخاص الأميّين.



- قد نحتاج إلى إعطاء الشخص بعض الأفكار عن الحلول لمشكلاته، خصوصاً في بداية العلاج. ولكن يجب أن نبذل الجهد في مرحلة من المراحل لكي يتولّى بنفسه الدور القائد في حلّ المشكلات.

سنجد في أجزاء أخرى من هذا الدليل الحلول المقترحة لبعض المشكلات الشائعة:

- العنف في العائلة (راجع القسم ٧–٢).
- الوحدة والعزلة (راجع القسم ٤–٤–٨).
- الحداد (راجع القسم ٧–٤).
- المشكلات في العلاقة (راجع القسم ١٠–٧).
- إدمان الكحول والمخدرات (راجع القسمين ٦–١ و٦–٢).
- الاعتناء بقريب مريض (راجع القسمين ٩–١٠ و٤–٧).

مراجعة الجلسة السابقة

نراجع باختصار كل ما ناقشناه مع الشخص في خلال اللقاء. ونراجع خصوصاً الهدف والمخطط لحل المشكلة.

الجلسات اللاحقة

الأهداف الأساسيّة من الجلسات اللاحقة هي:

- تقييم نجاح الشخص في إتمام المهمات
- في حال التقدّم، تطبيق حلول جديدة للمشكلة نفسها، أوالبحث عن حلول لمشكلة جديدة.
- في حال عدم التقدّم، تحديد الأمور التي أفشلت الحلّ، ووضع أهداف جديدة.

عند تقييم التقدّم، نكون دقيقين. فلا جدوى من أن نسأل: «كيف جرت الأمور معك؟» وأن نكتفي بأن يحرّك المريض كتفيه ويعطينا إجابة غامضة مثل: «لا بأس». نسأل عن تفاصيل ما قام به الشخص بالتحديد، كما يلي:

- ماذا فعل باتجاه تحقيق الهدف؟
- هل كان ذلك سهلاً أم صعباً؟
- كيف أثّر على مشاعره وعواطفه؟
- هل أنت والشخص متفقان على أنّ المهمة قد تمّت بشكلٍ مُرضٍ، وتريدان الانتقال إلى هدف جديد؟
- إذا لم تتمّ المهمّة، فما الذي جرى لمنع إتمامها؟

٣–٢–٦ إرشاد شخص يمرّ بأزمة

الأزمة هي حالة يشعر فيها الإنسان بأنّ المشكلات التي تواجهه تُغرقه وتسحقه. وما يعتبره أحد الأشخاص أزمةً قد لا يعتبره شخص آخر كذلك. فتحديد الأزمة هو بالتالي مبنيّ على وجهة نظر الشخص إلى حالته، وكيف أثّرت هذه الحالة على قدرته على التكيّف مع المشكلات.

الإرشاد في الأزمة من شأنه أن يساعد هؤلاء الأشخاص على التكيّف بشكل أفضل في خلال هذه الفترة من الأسى المتناهي.

أمّا الخطوات الأساسيّة التي ينبغي اتباعها في إرشاد شخص يمرّ بأزمة، فهي الآتية:

- **نحصلْ على المزيد من المعلومات.** ماذا جرى؟ لماذا أتى إلى العيادة؟ من هم الأشخاص الذين يستطيعون مساعدته في هذا الوقت؟ نحصل على المعلومات من أفراد الأسرة أو الأشخاص الذين جاؤوا معه.
- **نبني تواصلاً وثقة.** نسمح للشخص بإخبار قصّته بالوتيرة التي يريدها. لا نُظهر استعجالاً. نقابله على انفراد.
- **نقوم بفحص الصحّة النفسيّة للشخص.** بينما نتحدّث إليه ونراقبه.
- نلاحظ إن كان يتصرّف بطريقة غريبة أوغير اعتياديّة.
- هل يقول أموراً غير متصلة بالموضوع؟ هل من دلائل على أنه سكران؟
- **نقيّم المشكلة الأساسيّة التي سببت الأزمة.** عادةً تتسبب مشكلة واحدة أساسيّة بالأزمة. وغالباً ما يكون السبب انهيار علاقة، أو حداداً، أو عنفاً.
- **نحاول اقتراح الحلول.** قد تشتمل الحلول على أن يشارك الشخص مشكلته مع شخص آخر. نطمئنه إلى أنّه لن يُصاب بـ «الجنون». نفكّر مع الشخص في بعض الخطوات العملية التي يمكن أن يكون منها أن نتصل بالشرطة (حيث يسمح الوضع بذلك) أو بجمعيات أخرى (حيث يوجد جمعيات مهتمة) للمساعدة، وفي الحالات القصوى، نحيله على مستشفى لفترة قصيرة.

- **نعطيه دواءً إذا كان ذلك مناسباً.** فإذا كان الشخص هائجاً مثلاً، ولم ينم جيّداً، يمكن أن نصف دواءً منوّماً لبضعة أيّام.
- **نطلب دائماً أن نرى الشخص بعد يوم أو يومين للمراجعة.** غالباً ما يكون الأشخاص أكثر هدوءاً وسيطرةً على الوضع في جلسة المراجعة. عندئذٍ ينبغي إجراء فحص كامل للصحة النفسيّة.

٣–٢–٧ إعادة تأهيل الأفراد الذين يعانون اضطرابات نفسيّة

قد يكون للاضطرابات النفسيّة تأثيرٌ على قدرة الشخص على القيام بدوره في المنزل، والعمل ، والعلاقات الاجتماعيّة. أي أنّ الاضطرابات النفسيّة الشديدة تعيق الشخص، وذلك لعدة أسباب:

- الأعراض «الانفعالية» تدفع بالشخص إلى الشعور باللاجدوى من العمل أو لقاء الأصدقاء.
- الأعراض «الفكريّة» تصعّب على الشخص التركيز، أو اتخاذ القرارات المناسبة، أو الاستمرار في حديث مع الآخرين.
- السلوك المضطرب يدفع بالشخص إلى العزلة عن الآخرين.
- وصمة العار والتمييز يصعّبان على الفرد الذي يعاني اضطراب نفسي الحصول على وظيفة أوالزواج.



إعادة التأهيل هي عمليّة تساعد الأشخاص في إيجاد طرق للعودة إلى الحياة الطبيعيّة التي كانوا يعيشونها قبل ظهور الاضطراب. وفي ما يلي عددٌ من الأمور التي يمكننا القيام بها لمساعدة شخصٍ ما على تحقيق هذا الهدف:



- نتأكّد من أن «المريض» يلقى العلاج المناسب.
- نخطط لإعادة التأهيل مع الشخص وعائلته.
- نقترح عدداً من النشاطات التي يستطيع الشخص القيام بها والتي يجد لذة فيها (وكلما نجح في أحد هذه الأنشطة، نقترح نشاطات أخرى يواجه فيها تحدّياً أكبر).
- عند تخطيط إعادة التأهيل، لا ننسى أبداً قدراته الفعليّة قبل أن يصاب.
- نعطي الأسرة الإرشاد اللازم في ما يخصّ التعامل معه على أنّه راشدٌ ومسؤول (وهذا يعني أن تعطيه الأسرة الفرصة لاتخاذ القرارات لنفسه).
- نشجّعه على بناء العلاقات الاجتماعيّة مع الأصدقاء والجيران والأقرباء.
- إذا كان متديّناً، نشجّعه على الأنشطة الروحيّة، على ألا تتدخّل هذه الأنشطة في علاجه الطبيّ
- نحيله على أرباب الأعمال الذين نعرفهم ونعرف أنهم يرغبون في إعطاء وظيفة لأشخاص يعانون إعاقة معينة.
- نحيله على التدريب المهنيّ، مثل النجارة أوأي نوع آخر من المهارات.
- نراقب تقدّمه باستمرار، ونستفيد من هذه اللقاءات لإعطائه الإرشاد الضروريّ للمشكلات الصحيّة النفسيّة والصعوبات الحياتيّة التي تزعجه.

٣–٢–٨ أهمية المتابعة في علاج الاضطراب النفسيّ



لا بدّ من أنّ التشخيص والعلاج المناسبين سوف يشفيان بعض المشكلات الصحيّة. من الأمثلة على هذه المشكلات القابلة للشفاء، الإصابات الجرثوميّة. غير أنّ هذا الوضع لا ينطبق على معظم الاضطرابات النفسيّة. بل إنّ العنصر الأساسيّ في ضمان الشفاء عند شخص مضطرب نفسيّاً هو رؤية هذا الشخص عدة مرات. فهذا سوف يعطينا الفرصة لكي:

- نبني علاقة جيدة معه.
- نتصل بأفراد العائلة الذين يستطيعون تأمين الدعم له.
- نشعره بأن مشكلته تؤخذ على محمل الجدّ وأننا قلقون بشأن صحته.
- نراقب تقدّم المشكلة.
- نراقب الشخص لنعرف ما إذا كان يتناول الدواء. فعدّة علاجات تتطلب وقتاً لتبدأ بإعطاء المفعول، وعندما يبدأ المفعول، ينبغي الاستمرار في العلاج لبعض الوقت. فالتوقف عن العلاج قبل الأوان، غالباً ما يولّد مشكلة ويمكن الوقاية منه إذا بقيت على اتصال بالشخص.



٣–٣ علاجات أخرى

يمكن اتباع علاجات أخرى لمساعدة الأشخاص الذين يعانون اضطراباً نفسيّاً. وعلى الرغم من أنّ هذه العلاجات نادراً ما يستخدمها العامل الصحيّ العام، من المفيد أن نعرف القليل عنها.



- **العلاج النفسيّ.** يتوفّر الآن عددٌ من عيادات العلاج النفسيّ المتخصصة، خصوصاً في البلدان المتقدمة، وفي المدن ومناطق الطبقات الاجتماعية العليا من البلدان النامية. والعلاج النفسيّ هو نوع من الإرشاد ولكنه أكثر تعقيداً. أمّا العائق الوحيد أمام هذا العلاج، فهو أنّه ليس في متناول معظم الأشخاص، ذلك أنّ عدداً قليلاً جدّاً من الاختصاصيّين يمارسونه، وقد يكون مكلفاً ويتطلّب وقتاً.
- **المعالجة بالتخليج الكهربيّ** Electroconvulsive therapy (ECT). هذا هوالاسم التقني لما يسمّى «الصدمة» الكهربائيّة التي يخاف منها كثيرون. لا شك في أن المعالجة بالتخليج الكهربيّ غالباً ما تُستعمل مع أشخاص لا يحتاجون إليها، وقد تُستعمل أحياناً من دون مخدّر، وهذه ممارسة غير مقبولة وغير أخلاقية. ولكن، على الرغم من هذه الممارسات السيئة، لا يمكننا أن ننكر أنّ هذا العلاج هو واحد من العلاجات الناجحة، والفعالة في الطبّ عندما يُستعمل لمعالجة الاضطرابات التي تندرج في اختصاصه، لا سيّما الاكتئاب الحاد، وفترات الهوس الحادّة.

- «**العلاج» الروحيّ.** كثيرة هي الثقافات التي تعتبر أن النفس والروح تشكلان كياناً واحداً وغالباً ما يشترك الكهنة والمعالجون في علاج المشكلات العاطفيّة. فحتّى إذا توفّرت العلاجات الطبيّة البيولوجيّة بسهولة، غالباً ما يختار أشخاص كثيرون المساعدة الروحيّة لمعالجة الإكتئاب، والقلق، والمشكلات العائليّة، وما إلى ذلك. عليك أن تحاول بناء جسور تواصل مع المعالجين الروحيين. فقد لا توافقهم الرأي في الطريقة التي يعتمدونها لتشخيص ومعالجة المشكلات الصحية، ولكنهم مع ذلك شركاؤك في الرعاية الصحيّة. غير أنّ بعض المعالجين الروحيين يصرّون على إيقاف العلاجات الطبيّة. نحذّر جميع الأشخاص من زيارة معالجين من هذه الفئة.

٣–٤ اللجوء إلى اختصاصيّ في الصحة النفسيّة

ثمة أنواع مختلفة من العاملين في الصحة النفسيّة:

- الاطباء النفسيون psychiatrists هم أطباء تخصّصوا في علاج الاضطرابات النفسيّة، بعد أن أكملوا دراسة الطب الأساسي. وغالباً ما يعمل الأطباء النفسيّون، في عدة بلدان، في المستشفيات بشكل أساسيّ. وقد تكون هذه المستشفيات عامّة تتضمّن جناحاً خاصاً بالأمراض النفسيّة والعقليّة، أو مستشفيات متخصصة بالمشكلات الصحية النفسيّة. أما المهارات الأساسيّة التي يتميّز بها الأطباء النفسيّون فهي تشخيص ومعالجة الاضطرابات النفسيّة الحادّة. وهم يستخدمون الأدوية والمعالجة بالتخليج الكهربيّ بشكل خاص (ص ٤٧)، بالإضافة إلى عدد من العلاجات بـ«التحدّث».
- علماء النفس psychologists يتلقون تدريباً يؤهلهم لمعالجة المشكلات الصحية النفسية، من خلال نظريات مبنيّة على فهم الإنسان، وكيف يتعلم أمور الحياة، ويختبر العواطف، ويتصرّف مع الآخرين. فعلماء النفس لا يستعملون إلا العلاج بالكلام.
- الممرّضون النفسيّون psychiatric nurse المتخصصون بالطب النفسيّ والعقليّ. هؤلاء يمكنهم أن يعملوا في المستشفيات أو في المجتمعات المحليّة. يكمن دورهم الأساسيّ في تأمين العلاج بالكلام وتأمين العلاج وإعادة التأهيل للأشخاص المصابين باضطرابات نفسيّة حادّة.
- العاملون الاجتماعيون في مجال الصحة النفسيّة psychosocial workers، يعملون بشكل أساسيّ في المستشفيات أو في المجتمعات المحليّة، ويتولّون المشكلات الاجتماعيّة والصعوبات الحياتيّة التي يواجهها المرضى النفسيّون. يمكن أن يقوم العاملون الاجتماعيون والممرضون بعلاجات الكلام على حدٍّ سواء.

إنّ عدد الاختصاصيين في الصحة النفسيّة قليل في معظم البلدان النامية. لذلك يضطرّ المرضى النفسيون بغالبيتهم إلى أن يتلقّوا العلاج على أيدي عاملين في الصحّة العامة. لا شك في أنّ معظمهم لا يحتاج أصلاً إلى رؤية اختصاصيّ في الصحة النفسية. فالعاملون في الصحة العامة يمكنهم أن يتعرّفوا إلى معظم الاضطرابات النفسيّة ويعالجوها. غير أنّ من الضروريّ في بعض الحالات أن نحيل شخصاً على اختصاصيّ. وهذه الحالات المحدّدة مفصّلة في هذا الدليل. ينبغي اللجوء إلى اختصاصيّ في الصحة النفسيّة في الظروف الآتية:

- عندما يصدر عن الشخص سلوكٌ مضطرب ونتأكّد من أنه مصاب بمرض جسدي، مثل إصابة في الرأس أوحرارة مرتفعة.

الإطار ٣–٤ مثل على رسالة إحالة مريض، كُتبت عن «راكان» في الحالة ١–١٠

حضرة الدكتور،
نرجو منكم معاينة السيد «راكان». إنه رجل متقاعد في السبعين من عمره، يعيش مع ابنه وزوجة ابنه. كان يشكومن مشاكل في الذاكرة على مدى السنوات الأخيرة. وقد بدأ يتصرّف بغرابة مؤخّراً، فصار يتنزه خارج منزله، ويضل طريق العودة. في الوقت الحاليّ، ذاكرته ضعيفة جداً ويغضب من دون سبب. لقد أعطيته حبوباً منوّمة وفيتامينات، ولكن لم يتغيّر أيّ شيء. «راكان» يعيش مع أفراد عائلته، وهم قلقون عليه ولكنهم يعطونه الدعم أيضاً ...

- إذا كان الشخص مضطرباً جدّاً إلى درجة لا يمكن معها الاستمرار بالتعامل معه في المنزل.
- إذا كان الشخص طفلاً وتشك في أنّه يعاني من تأخر عقلي أو أيّ مشكلات دماغيّة أخرى.
- إذا كان الشخص يتناول كميات كبيرة من الكحول أوالمخدّرات، لأنّ التوقف عن تناول هذه المواد فجأة قد يؤدّي إلى ردود فعل انقطاعيّة.
- إذا استمرّ اضطراب الشخص بالتأثير على حياته الشخصية أو على عمله، بالرغم من تدخلاتنا العلاجية له.

بالإضافة إلى هذه الحالات، ينبغي إحالة الأشخاص الذين حاولوا القيام بمحاولة انتحار جديّة على وحدة طوارئ طبيّة، للتأكّد من أنّ حياتهم ليست في خطر. وإذا ظلّ الشخص يشعر برغبة في الانتحار بعد ذلك، نحيله إلى اختصاصيّ في الصحة النفسيّة.

ينبغي أن يتمّ فحص الأشخاص الذين يشكون من تشنّجات على يد طبيب اختصاصيّ (طبيب أمراض عصبيّة أو طبيب أمراض نفسيّة وعقليّة)، قبل أن يبدأوا بأخذ أدوية ضد التشنج.

نتذكّر أنّ من المفيد – عندما نحيل شخصاً – أن نكتب رسالة صغيرة نفسّر فيها باختصار خلفيّة المشكلة والعلاجات التي سبق أن جرّبناها له. في الإطار ٣–٤ مثال على رسالة إحالة. ويمكن أن نطلب من الاختصاصيّ أيضاً أن يكتب لنا وينصحنا حول كيفيّة رعاية الأشخاص في المجتمع المحليّ.

الإطار ٣–٥ ما يجب أن نتذكره حول علاج الاضطرابات النفسيّة

- يمكن معالجة معظم الاضطرابات النفسيّة على يد عامل في مجال الصحة العامة واختصاصيّ في الصحة النفسيّة على حدٍّ سواء.
- يحتاج الأشخاص إلى تفسير بسيط على الأقل عن مرضهم. يمكن تعلـُّم طرق جديدة لتقديم المساعدة مثل تمارين التنفس، في أماكن تقديم الرعاية الصحية العامة.
- إنّ أدوية الأمراض النفسيّـة فعّالة وآمنة إذا استخدمت بالطريقة المناسبة.
- الدوافع الأكثر شيوعًا لاستعمال الأدوية هي معالجة حالات الفصام والاكتئاب الشديد والقلق.

الجزء الثاني

المشكلات العياديّة

ناقشنا في الجزء الأول من هذا الدليل المسائل العامة التي تنطبق على معظم الاضطرابات النفسيّة وعلاجاتها. أمّا في الجزء الثاني فسوف نتناول الأنواع الشائعة من المشكلات العياديّة المتعلقة بالاضطرابات النفسية. والمقاربة المتبعة هي حلّ المشكلات. أي أننا سنناقش مسائل الصحة النفسيّة انطلاقاً من المقاربة التي ينبغي أن نتبعها مع الشخص الذي يأتي إلينا حاملاً مشكلة من نوع معيّن. لن تكون عمليات التشخيص هي نقطة الانطلاق، لأننا في هذه الحالة سنعتبر أننا نعرف مسبقاً ما هو الاضطراب! ولكننا سوف نبدأ بالمشكلات العياديّة التي يُحتمل أن تواجهنا ومن ثم نحاول إيجاد طريقة لمساعدة هذا الشخص في حل مشكلته. من المهم أن نطّلع على الجزء الأول جيّداً قبل اتباع مقاربة حل المشكلات المستعملة في الجزء الثاني.

لقد قسمنا المشكلات العياديّة المتعلقة بالصحة النفسية إلى خمس مجموعات كبرى. ويمكن أن نجد في الملحق «أشكال التدفق» التي تفسّر لنا كيف ينبغي أن نتعامل مع كل مجموعة من المشكلات.

سوف نغطّي في الفصل الرابع المشكلات العيادية الأكثر إزعاجاً وخطورةً، التي ستواجهنا. أما أبرز الأسباب التي تؤدي إلى هذه المشكلات السلوكية الحادة فهي حالات الذهان (سايكوزيْس).

في الفصل الخامس سنتطرق إلى الأعراض الجسدية الأكثر شيوعاً بين المشكلات الصحية في إطار الرعاية الصحية العامة، مثل التعب، والأوجاع، والآلام، والدوار. وغالباً ما يتعذر تفسير هذه الأعراض بمسبّبات «طبية» أو جسدية. ولكنّ الأسباب الأكثر شيوعاً هي اضطرابات الاكتئاب والقلق.

وغالباً ما نرى في كل المجتمعات مشكلتين شائعتين هما إدمان الكحول وإدمان المخدرات. ولقد ناقشنا هاتين المشكلتين في الفصل السادس، بالإضافة إلى إدمان الحبوب المنوّمة والتبغ، والمقامرة.

أما الفصل السابع فيتناول دراسة المشكلات الناتجة من فقدان شخص عزيز ومن العنف. فالعنف يمكن أن يؤثّر بشكل كبير جدّاً على الصحة النفسية. ووفاة شخص عزيز (الحداد) هي أيضاً صدمة، ولا سيّما إذا كانت هذه الحادثة فجائية وغير متوقعة. ويرتبط هذان العاملان بثلاثة اضطرابات نفسية أساسية هي الاكتئاب، والقلق، واضطراب الضغط الناتج من صدمة (PTSD).

ثمة مجموعة من المسائل الصحية النفسية الهامة تتعلق بالأطفال، وعدد كبير منها يؤثر في قدرة الطفل على إكمال الدراسة والتواصل مع الآخرين في الأسرة. وقد تؤدي مشكلات الصحة النفسية في سن الطفولة أيضاً إلى صعوبة في التكيّف في الحياة المستقبلية. وسوف نعالج هذه المسائل في الفصل الثامن.



الفصل الرابع

التصرّفات المثيرة للقلق

٤-١ الشخص الذي يتصرف تصرفاً عدوانياً أو عنيفاً

العدوانية والعنف هما ظاهرتان سلوكيّتان تؤذيان الأشخاص الآخرين (أو النفس). ويتضمن هذان المصطلحان مجموعة من التصرّفات المختلفة. فالعدوانية الشفهية مؤذية من خلال الكلام، أي الصراخ أو سوء المعاملة الكلامية أو استعمال لغة بذيئة. والعدوانية الجسدية تشمل القرص، والضرب، والصفع، والرفس، واللكم. وقد تكون العدوانية الجسدية أشدّ خطراً إذا وصلت بالشخص إلى استعمال الأسلحة مثل العصا، أو السكين، أو المسدّس.

٤-١-١ لمَ يصبح أصحاب الاضطرابات النفسية «عدوانيين»؟



يغلب الاعتقاد أنّ الأشخاص الذين يعانون اضطرابات نفسيّة يشكلون خطراً لأنهم قد يصبحون عدوانيين فجأة. ولكنهم في الواقع ليسوا أشدّ خطراً من سواهم. صحيح أنّ أعراض الاضطراب النفسيّ قد تؤدّي أحياناً إلى السلوك العدوانيّ، ولكن هذا نادراً ما يحصل. فلنأخذ بعض الأمثلة البارزة على العدوانية الناتجة من اضطراب نفسيّ.

- عندما يسمع الشخص أصواتاً، ينتقل إلى حالة الغضب؛ نتخيّل أننا نسمع أصواتاً تقول عنا كلاماً شريراً وتدفعنا إلى الشعور بأن أشخاصاً آخرين يتآمرون لقتلنا. سنشعر بالخوف ونهجم على هؤلاء الأشخاص الذين سيلحقون بنا الأذى. هذا ما قد يحصل أحياناً عند الأشخاص المصابين بذهان (سايْكوزْسْ).
- عندما يعيقه أمرٌ ما عن تحقيق مشاريعه وأحلامه. نتخيّل أننا نخطط لمشاريع وأحلام تغيّر مجرى حياتنا، وإذا بشخص يحاول ردعنا، أو يقول إننا «مرضى». لا شكّ في أننا سوف نغضب. هذا ما قد يحصل أحياناً عند الأشخاص المصابين بالهوس (مانْيا).
- عندما لا يمكنه أن يحصل على الكحول في الوقت المناسب. نتخيّل أننا مدمنون بقوّة على الكحول (أو على المخدّرات)، لدرجة أننا بدأنا نشعر بالمرض الجسدي بسبب رغبتنا في الشرب. فقد نصبح عدوانيّين إذا حاول شخص منعنا من الحصول على الكحول.
- عندما يشكو الشخص من التشوّش: نتصوّر أننا نجد صعوبة في تذكّر بعض الأمور. لا نعرف أين نحن، ولا نعرف الساعة أو اليوم، ولا نعرف من يُكلّمنا. سنشعر بالخوف وبالحاجة إلى الدفاع عن أنفسنا تجاه هؤلاء الغرباء. هذه الحالة من التشوّش قد تأتي نتيجة الإفراط في شرب الكحول، ونقص السكر في الدم، وإصابات الدماغ، وتضرّر الدماغ (راجع القسم ٤-٢).

عادةً، ثمة سببٌ يدفع «المريض» النفسي ليصبح «عدوانياً»، تماماً كالأشخاص الآخرين. فإذا استطعنا أن نكتشف السبب الذي يدفع بالشخص إلى الغضب، لا بدّ أن نجد الطرق لمساعدته.

٤–١–٢ كيف نتعامل مع هذه المشكلة؟

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على أفراد الأسرة أو الأصدقاء

- ماذا جرى؟ قد يصف شخصان مختلفان مشهد العنف بطريقتين مختلفتين. نكتشف ما جرى بالتحديد.
- كيف بدأت الحادثة؟ هل كان الشخص سريع الانفعال لعدة أيام قبل الحادثة، أم أنّ ردّة الفعل جاءت فجأة؟ غالباً ما تأتي العدوانية الفجائية نتيجة مسبّب محدّد، مثل الجدل حول كثرة الشرب. ونادراً ما يطرأ السلوك العدواني من دون إنذار مسبق، ولكنه قد يحصل عند الأشخاص المصابين باضطراب نفسيّ حاد.
- هل حصل هذا من قبل؟ إذا كان الجواب «نعم»، يُحتمَل أن يحدث السلوك العنيف مرّة أخرى.
- هل عانى الشخص اضطراباً نفسيّاً في الماضي؟ هل يتناول أيّ دواء في الفترة الحالية؟ من المؤكد أنّ هذه المعلومات مهمة، لأنها قد تساعد في إيجاد العلاج.
- بمن يثق الشخص؟ فالإنسان الذي يثق به قد يكون حليفاً هامّاً لمساعدته على استعادة هدوئه.
- هل يشكو من مشكلة كحول أو مخدّرات؟

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على الشخص «العدوانيّ»

- ماذا جرى؟ قد نحصل من الشخص العدوانيّ على وجهة نظر مختلفة عن تلك التي أعطانا إياها الأصدقاء وأفراد الأسرة. نسأله بالتحديد إذا كان ثمة مسبّب لسلوكه العنيف.
- هل ما زلت غاضباً؟ إذا كان الجواب «نعم»، نسأله إذا كان يفضّل قضاء بعض الوقت بمفرده قبل أن نطرح عليه المزيد من الأسئلة.
- هل كنت تشعر بأنك تحت الضغط أخيراً؟ هل كنت تشعر أنّ الأشخاص من حولك يتصرّفون بغرابة، ويتكلمون عنك، أو يقومون بأمور قد تلحق الأذى بك؟ هذه الأسئلة تساعدنا على اكتشاف احتمال الذهان عند الشخص.
- هل سمعت أشخاصاً يتكلمون عنك؟ هل تسمع أصواتاً حتى عندما تكون وحدك؟ الهلوسات مؤشّر بارز للذهان.
- هل كنت تشرب الكحول (أو، «هل تتناول المخدّرات» ، إذا كان التعبير ملائماً) أخيراً؟ كم كنت تشرب؟ متى شربت في المرة الأخيرة؟

نصائح للمقابلة

- علينا أن نكون حذرين من مؤشّرات العنف الوشيك. وفي ما يأتي بعض المؤشّرات:
  - يرتفع صوته ويصبح خطيراً أو يهدّد.
  - يفتح قبضته ويغلقها تكراراً.
  - يتنفّس بسرعة.
  - ينفعل ويتململ.
  - يضرب بيده أو بقبضته على الطاولة أو الحائط أو الأرض.
- نتراقب المؤشّرات التي تفيد بأن حديث الشخص لم يعد منطقيّاً أو أصبح سريعاً جدّاً. هذا دليل تسمّم أو ذهان.
- ننتبه إلى رائحة الكحول أو آثار الحقن على جلده (مؤشر لتعاطي المخدرات).



نحرص على أن يكون باب غرفة العيادة سهل البلوغ لنا وللشخص الذي نجري معه المقابلة.

- نراقب المؤشّرات التي تفيد بأن الشخص يفقد التوازن ويتكلم بشكل متقطّع وغير واضح، الأمر الذي يدلّ على التسمّم بالكحول أو بالمخدرات.
- نصغي إلى مشاعرنا. إذا شعرنا بالخوف، نوقف المقابلة ونحاول فهم مشاعرنا وأسبابها والتعامل معها.
- نحرص على أن يكون باب غرفة العيادة سهل البلوغ لنا وللشخص الذي نجري معه المقابلة.
- نتكلم بنبرة واضحة وهادئة. لا نصرخ محاولين تهدئة الشخص.
- لا نهدّد الشخص نبداً، فهذا سيزيد الحالة سوءاً ليس إلا.
- نتأكد من توفُّر عامل صحي آخر في أثناء المقابلة. وإذا استحال ذلك، نطلب من أحد الأقرباء أو الأصدقاء الموثوق بهم أن يجلس معنا إذا وافق «المريض» على ذلك.
- إذا كان الشخص يحمل سلاحاً، نطمئنه إلى أننا عمال صحيّون وإلى أن لا حاجة إلى سلاح في العيادة. وإذا رفض تسليم السلاح، نترك الغرفة ونتصل بجهاز الأمن المختص لينزع سلاحه.
- إذا أصبح الشخص عنيفاً، نحاول أوّلاً أن نطلب منه أن يهدأ بينما نطمئنه بثقة. وإذا لم نتمكن من ذلك، فسوف نضطرّ إلى تقييده.

ما هو الاضطراب النفسيّ؟

عندما يرتبط العنف باضطراب نفسيّ، ينبغي أن نتذكّر ثلاثة أسباب أساسيّة:

- قد يصبح الشخص عنيفاً في حال التسمّم بسبب مخدّر أو في حال الانقطاع (راجع الفصل السادس).
- قد يصبح الشخص المصاب بذهان (الفصام أو الهوس) مضطرباً وهائجاً جدّاً، وأحياناً عدوانيّاً (راجع الفصل ٤–٣).
- الشخص الذي يشكو من حالة تشوّش حادّ (مثل الحالة التي تلي نوبة الصرع) قد يصبح عدوانيّاً (راجع القسم ٤–٢).

ما العمل فوراً؟

نحاول أوّلاً أن نهدّئ الشخص، ونطمئنه، ونصغي إليه. لا نستعجل في السيطرة على الوضع. الهدف هو أن نشجّع الشخص على تناول مسكّن واستعادة هدوئه. إذا وافق، نحاول إعطاءه دواءً مضاداً للقلق (١ أو ٢ ملغ من لورازيبام lorazepam، أو ٥ إلى ١٠ ملغ من ديازيبام diazepam، بالفم) أو دواءً مضاداً للذهان (مثل ٥ ملغ من هالوبيريدول haloperidol، أو ٥٠ إلى ١٠٠ ملغ من كلوربرومازين chlorpromazine، بالفم).

إذا رفض أن يأخذ الدواء بالفم، وأصبح أكثر اضطراباً، فسوف نضطر إلى تقييده (راجع الصورة في الصفحة التالية) وإعطائه حقنة. نحضّر الحقنة دائماً قبل أن نقيّد الشخص. نختار واحداً من الأدوية الآتية: ٥ إلى ١٠ ملغ من ديازيبام diazepam، حقنة في العضل أو في الوريد؛ أو ٥ إلى ١٠ ملغ من هالوبيريدول haloperidol، حقنة في العضل؛ أو ٢٥ إلى ١٠٠ ملغ من كلوربرومازين chlorpromazine، حقنة في العضل. (راجع الفصل ١٢).

متى ينبغي أن نحيل الشخص على اختصاصيّ؟

إذا كنا نشتبه بأنّ العنف مرتبط بالتشوّش وقد يكون ناتجاً من إصابة في الرأس أو أيّ «مرض» دماغيّ آخر، ينبغي أن نحيل الشخص على عيادة أو مستشفى للأمراض العامّة، ومن الأفضل أن يصحبه عامل صحيّ.



كيف نقيّد «مريضاً»: (في حال استدعت الحاجة) نتأكّد من وجود عدد كافٍ من الأشخاص، ونمسك الشخص جيّداً وننزله بالأيدي. نحضّر الحقنة دائماً قبل أن نقيّد الشخص.

ماذا نفعل بعدئذٍ؟

- عندما يهدأ الشخص نتيجة المسكّن، نشرح ما جرى للأسرة أو الأصدقاء.
- يُحتمل أن يصبح الشخص مضطرباً بعد أن يستيقظ، لذلك نطلب من شخص قريب منه أن يبقى معه.
- عندما يستيقظ، نتحدّث معه عمّا جرى، ونشرح له لماذا يحتاج إلى تناول الدواء بالفم (يتم اختيار الدواء وفقاً للمشكلة التي يعاني).
- نقدّم له الطعام والشراب.
- نحيله على اختصاصيّ في الصحة النفسيّة ليحصل على المزيد من النصح والعلاج، ولا سيّما إذا كان يعاني حالة من الذهان (سايْكوزْسْ).

الإطار ٤–١ ما ينبغي أن نتذكره عندما نتعامل مع شخص عدوانيّ

- الأفراد الذين يعانون اضطراباً نفسياً ليسوا عنيفين «بطبيعتهم»، بل إنّهم يصبحون عنيفين لعدّة أسباب.
- أبرز المشكلات الصحية النفسية التي ترتبط بالعنف هي حالات الذهان، وإدمان الكحول والمخدّرات.
- العنف يؤثّر دائماً على الأقرباء والأصدقاء. نتذكّر أن نقدّم الإرشاد للأشخاص الذين تأثروا، وأن نشرح ما سنفعله ولماذا.
- ينبغي أن نقلق بشأن سلامة الآخرين، غير أنّ هدفنا الأساسيّ يجب أن يكون حماية الشخص نفسه وفهمه ومساعدته.
- قد نضطرّ إلى اللجوء إلى الأدوية وتقنيات التقييد لتهدئة شخص مضطرب نفسيّاً، عندما يصبح عدوانيّاً.

٤–٢ الشخص «المشوّش» أو الهائج

لا يدرك الأشخاص المشوّشون أو الهائجون ما يحيط بهم. فهم يقولون كلاماً غير مفهوم، ولا يستطيعون أن يفهموا ما نقوله. والتشوّش يسمّى أيضاً الهذيان (ديْليرْيوم). أما الدلائل البارزة على التشوّش فهي:

- الشخص لا يدرك ما يحيط به كما تتوقع منه.
- لا يمكنه أن يتذكر أموراً حصلت منذ وقت قصير.
- لا يعرف الزمان والمكان.
- لا ينام جيداً في الليل، وقد يشعر بالنعاس في النهار.
- قد يكون متخوّفاً أو غير متعاون.
- قد يشكو من الهلوسات أو الارتياب.
- قد يكون كثير الحركة وعدوانيّاً.

تختلف حالة الشخص عندما يكون مشوّشاً عن حالته عندما يكون مختلط الذهن أو يتكلّم خارج الموضوع. ففي الحالة الثانية، لا يزال الشخص يدرك ما يجري من حوله. نجد أمثلة على اختلاط الذهن في مرحلةٍ لاحقة (راجع القسمين ٤–٣، و ٤–٧). غير أنّ من الصعب التمييز بين هاتين الحالتين أحياناً. والأداة للتعرف إلى حالة التشوّش هي في الأسئلة الدقيقة والمراقبة.

٤–٢–١ ما هي أسباب التشوّش والاضطراب؟

إنّ حالات التشوّش واالهيجان شائعة، خصوصاً في أماكن الإغاثة في حالات الطوارئ أو الكوارث، وفي الأجنحة الطبية والجراحية في المستشفيات. أمّا الأسباب الأكثر شيوعاً لهذه الحالات فهي:

- الآثار الجانبية لبعض الأدوية، خصوصاً عند كبار السن.
- الانقطاع عن الكحول عند شخص مدمن.
- مرض دماغيّ، ولا سيّما الجلطة الدماغية، أو الإصابات في الرأس، أو الصرع، أو الالتهابات.
- مرض طبيّ آخر، ولا سيّما ارتفاع الحرارة، أو الالتهابات الحادة، أو جفاف الماء من الجسم، أو الأيدز، أو مشكلات التنفّس، أو مرض الكلية أو الكبد.
- حالة السكر أو تناول نسبة عالية من المخدّرات.
- القلق الحادّ أو الضغط، خصوصاً بعد تلقّي صدمة مفاجئة.



التشوّش حالة شائعة خصوصاً عند الأشخاص المصابين بمرض جسدي.

٤–٢–٢ كيف نتعامل مع هذه المشكلة؟

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على الأصدقاء أو أفراد الأسرة

- كيف بدأت الحادثة؟ يبدأ التشوّش نموذجيّاً بصورة مفاجئة، ويتمّ إحضار الشخص إلى العيادة بسرعة بسبب قلق الأسرة عليه.

- هل حدث هذا من قبل؟ إذا تضمّن سجلّ «المريض» أعراضاً سابقة مشابهة، فسنعرف أنه ربما يشكو من سكتات دماغيّة متتالية، أو من إدمان الكحول.
- هل كان يتناول مؤخراً دواءً جديداً؟ ما هو؟
- هل كان يشكو من أيّ مرض جسدي أخيراً؟ هل أصيب بسكتة دماغية أو مشكلة في القلب؟ هل تلقّى إصابة في رأسه أو أصيب بنوبة مؤخراً؟
- هل يعاني مشكلة إدمان الكحول أو المخدرات؟ وفي هذه الحالة، متى تناول الكحول أو المخدّر للمرة الأخيرة؟
- هل كان ينام جيداً أخيراً؟ غالباً ما يرتبط التشوّش باضطراب النوم.

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على الشخص المشوّش أو الهائج

- نبدأ بتعريفه بأنفسنا وبتحديد مكاننا (مثلاً: «اسمي «سارة». أنا ممرّضة. وهذه هي عيادة كذا وكذا ...»).
- هل واجهتك مشكلات أخيراً؟ الجواب قد يعطينا فكرة عمّا إذا كان الشخص يدرك ما كان يجري أخيراً.
- هل يمكن أن تقول لنا في أيّ يوم نحن؟ هل يمكن أن تقول لنا اسماءنا؟ هل يمكن أن تقول لنا أين نحن الآن؟ هذه الأسئلة تمتحن الشخص لنعرف ما إذا كان يشكو من ضياع مكانيّ زمانيّ.
- هل كنت تشرب الكحول مؤخراً؟ متى شربت للمرة الأخيرة؟
- هل تشكو من ألم في مكانٍ ما من جسدك؟ أين؟ الألم قد يكون مؤشّراً لمرض جسدي.
- هل تشعر بالقلق على سلامتك؟ هل تسمع أصواتاً أو ترى أشياء لا يستطيع الآخرون سماعها أو رؤيتها؟ الأفكار الظنّانة والهلوسات هي دلائل نموذجيّة على التشوّش.

ما يجب أن نلاحظه في أثناء المقابلة

- يحوّل الشخص انتباهه من مكان إلى آخر، فلا يبدو أنه مركّزٌ على أسئلتنا، وقد لا يجيب عنها بدقة.
- الشخص ضائع، فقد لا يعرف كم الساعة، ولا أين هو، ولا ما هي أسماؤنا.
- قد يكون من الصعب علينا متابعة ما يقوله، وقد لا نفهم شيئاً منه.
- قد يعتقد أموراً غريبة أو مرتابة (توهّمات).
- قد يكلم نفسه أو يبدو أنه يكلم شخصاً وهميّاً.
- قد يقوم بحركات توحي بأنه يرى أشياء وهميّة.
- قد يكون كثير الحركة ومتململاً.
- قد تتقلب عواطفه فجأةً من الضحك إلى البكاء من دون سبب.

قم دائماً بمعاينة جسدية للشخص. تشمل هذه المعاينة:

- النبض.
- الحرارة.
- ضغط الدم.
- نفحص تنفّس الشخص لتقصّي رائحة الكحول.

- نبحث عن مؤشّرات لمرضٍ جسدي، ولا سيّما الشلل (الناتج عن السكتة الدماغيّة)، والإصابات وخصوصاً الإصابات في الرأس، وتورّم الرجلين، واليرقان.

ماذا ينبغي أن نفعل على الفور؟

- نتأكّد أوّلاً من عدم وجود حالة طارئة تحتاج إلى تدخُّل طبيّ فوريّ. هذا يشمل حالات الالتهاب، أوالسكتة الدماغية، أو إصابات الرأس، أو متلازمة الانقطاع عن الكحول بعد الإدمان بالإضافة إلى المضاعفات مثل النوبات. وقد تستدعي هذه الحالات النقل الطارئ إلى المستشفى.
- ندخِل الشخص إلى غرفة منفردة، إذا أمكن، برفقة عامل صحيّ ليراقبه. ينبغي ألا تكون الغرفة مظلمة جدّاً أو مضاءةً جدّاً.
- نبقي الأسرة على اطلاع على كل ما يحدث.
- نحرص على أن يتناول الشخص ما يكفي من السوائل. وفي حال أيّ تخوّف من جفاف الماء في الجسم، ندخل السوائل إلى الوريد بواسطة أنبوب. يمكن استخدام هذا الأنبوب أيضاً لإدخال الدواء.
- نذكّر الشخص بمكان وجوده، وباليوم والساعة. نطمئنه إلى أنه بأمان معنا في غرفة العيادة.
- بعض الأشخاص المشوّشين قد يصبحون عدوانيين أو يؤذون أنفسهم مثلاً بسحب الأنابيب الموصولة إلى أوردتهم. لذلك قد نضطرّ إلى تقييدهم إلى سرير العيادة. يمكن استعمال الأدوية لتهدئتهم، مثلاً ٥ إلى ١٠ ملغ من ديازيبام diazepam، حقنة في العضل، ثلاث أو أربع مرات في اليوم، ومن ثمّ بالفم بعد أن يتحسّن الشخص؛ أو ٢,٥ إلى ٥ ملغ من هالوبيريدول haloperidol، حقنة في العضل، ثلاث أو أربع مرّات في اليوم، ومن ثمّ بالفم بعد أن يتحسّن الشخص. (راجع الفصل ١٢ في الجزء الرابع).

متى ينبغي أن نحيل الشخص على اختصاصيّ؟

غالباً ما يُعتبر التشوّش حالة طبية طارئة، لا سيّما عند كبار السنّ أو الأطفال. فالأفضل أن يكون من السهل علينا الوصول بسرعة إلى مستشفى، لتحيل عليه أيّ شخص يشكو من هذه الأعراض. وفي حال لم يكن هذا ممكناً، نتبع الإرشادات المذكورة أعلاه، وعندما يصبح الشخص في حالة مستقرّة، نحيله على المستشفى.

ماذا نفعل بعدئذٍ؟

- إذا كان الشخص يتبع علاجاً فيه أكثر من دواء واحد، نقلّل عدد الأدوية لتقليص فرص حدوث تشوّش نتيجة الأدوية.
- إذا كان الشخص يعاني مشكلة إدمان، نتبع الإرشادات في القسم ٦–١.
- إذا كان الشخص كبير السنّ، ووجدنا أنّه لا يزال يشكو من مشكلات في الذاكرة، حتى بعد انتهاء مرحلة التشوّش، نتبع الإرشادات في القسم ٤–٧.

الإطار ٤ – ٢ ما ينبغي أن نتذكره عندما نتعامل مع شخص مشوّش أو هائج

- التشوّش هو ألا يدرك الشخص ما يحيط به.
- الأسباب الأكثر شيوعاً للتشوّش هي السكتات الدماغية، والأمراض الطبية، وإصابات والتهابات الدماغ، والآثار الجانبية للأدوية، وإدمان الكحول
- التشوش قد يكون حالة طبية طارئة، وغالباً ما يستدعي إدخال الشخص المستشفى.
- كبار السن معرَّضون أكثر من سواهم لحالات التشوّش.
- الخطوة الأساسيّة في العلاج هي تحديد ومعالجة سبب التشوّش، ومن ثمّ إعطاء الدواء لتهدئة الشخص، وبدء الرعاية التمريضيّة. في غياب الممرّضين، نطلب من أحد الأقرباء أن يبقى إلى جانبه.

٤–٣ الشخص «المتوهّم» أو الذي يتوهّم أموراً غريبة، أو يسمع أصواتاً

يظن الشخص في بعض الأحيان أنّ الآخرين يتكلمون عنه، ويحاولون إيذاءه، أو يتآمرون ضدّه. أحياناً، تدوم هذه الأفكار فترة قصيرة، خصوصاً عندما يكون الشخص تحت الضغط. وأحياناً أخرى، تدوم هذه الأفكار طويلاً وتصبح معتقداً راسخاً. ومهما نحاول أن نطمئنه ونقول له إنّ لا شيء يدعو للقلق، فإنّ الأفكار الوهمية لن تنجلي. هذه الأفكار تسمّى توهمات (delusions). وفي هذه الحالة يحاول الشخص حماية نفسه من الأشخاص الوهميين الذين سوف يلحقون الأذى به. قد يعتقد بعض الأشخاص أموراً أخرى غريبة غير منطقية بالنسبة إلينا أو إلى الأسرة. مثل الشخص الذي يعتقد أنّ مخلوقات غريبة تتحكم بذهنه، أو أنّ الراديو أو التلفزيون يعطي التعليقات بشأنه، أو أنه يتمتع بقوى خارقة أو بقوى تفوق الطبيعة.



٤–٣–١ ما هو «سماع الأصوات» (أو الهلوسة السمعيّة)؟

«سماع الأصوات» هو عندما يسمع أحدٌ أشخاصاً يتكلمون، حتى عندما يكون وحده. هذا ما يسمّى الهلوسة. غالباً ما تأخذ هذه الأصوات طابعاً مزعجاً. فقد تقول مثلاً كلاماً شرّيراً عن الشخص الذي يسمعها. أحياناً قد تتكلم هذه الأصوات إلى الشخص مباشرةً، وتطلب منه القيام بأمور معينة، مثل إيذاء نفسه أو الآخرين.

٤–٣–٢ لماذا يشكو بعض الأشخاص من هذه الأعراض؟

هذه الأعراض ليست شائعة، وهي مرتبطة نموذجيّاً بالاضطرابات النفسيّة الحادّة:

- الفصام. وغالباً ما يدوم طويلاً، أي أكثر من ستة أشهر في العادة.
- اضطراب الهوس – الإكتئابي (manic depression). يبدأ بشكل مفاجئ نموذجيّاً، وتُسجَّل فترات من الأعراض المماثلة في الماضي.
- الذهان الناتج من مخدّر. ينتج هذا النوع من الذهان من التسمّم ببعض أنواع المخدّرات، مثل المنبّهات، والكوكايين.
- حالات التشوّش والذهان قصير الأمد. الشخص المشوّش والهائج قد يسمع أصواتاً أيضاً ويصبح متوهماً (نراجع القسم ٤–٢).

٤–٣–٣ هل يمكن أن يشكو الأشخاص «الأسوياء» من هذه الحالات أيضاً؟

نعم. فبعض الأشخاص في بعض المجتمعات، يدّعون القدرة على التواصل مع الأرواح والقوى فوق الطبيعيّة. وهؤلاء قد يسمعون أصواتاً، ولا سيّما أصوات الأرواح أو الآلهة. قد يؤمنون أيضاً بمعتقدات غير اعتيادية، مثل أنّ الأرواح غاضبة من شخص ما. وقد تكون هذه المعتقدات متلائمة مع المجتمع نفسه. من الأمثلة على هؤلاء الأشخاص: المعالجون التقليديون في بعض المجتمعات وبعض الكهنة. غير أنّ هؤلاء الأشخاص لا يطلبون مساعدة عامل صحيّ، لأنهم يستعملون هذه الحالات بطريقة مفيدة لصحتهم وقد يساعدون الأشخاص الآخرين الذين يشكون من الأسى. من المهم أن نميّز بين هذه الحالات وبين المرض. فالمرض يجب أن يكون له أثرٌ سلبيّ على حياة الشخص وحياة عائلته.



«كاهن» يتكلم بالألسن – من المهم أن نميّز بين هذه الحالات و بين «المرض» النفسيّ.

٤-٣-٤ كيف نتعامل مع هذه المشكلة؟

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على الأصدقاء أو أفراد الأسرة

- متى بدأت الحادثة؟ من هنا نعرف إذا كان المرض فجائيّاً – ما يدلّ على الهوس أو الذهان قصير الأمد – أو مضى عليه وقتٌ طويل – ما يدلّ على الفصام.
- هل لاحظتم تصرّفات غريبة؟ هل بدا أنّه يكلّم نفسه مثلاً؟
- هل كان يقول أموراً غريبة أخيراً؟ هل اتهمكم بمحاولة إيذائه مثلاً؟
- هل كان يشرب الكحول أو يتناول المخدرات مؤخراً؟
- هل كان سلوكه عنيفاً مؤخراً؟ إذا كان الجواب «نعم»، نراجع القسم ٤-١
- هل يشكو فردٌ آخر في الأسرة من هذه المشكلات؟ الفصام واضطراب الهوس– الإكتئابي يمكن أن ينقلها إلى أفراد الأسرة.

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على الشخص المتوهم أو الذي يعتقد أموراً غريبة

- هل كنت تشعر أخيراً بأنك تحت الضغط؟ نبدأ بسؤال عام بدلاً من أن نطرح سؤالاً مباشراً عن التوهّمات والهلوسات.
- هل كنت تشعر بأنّ أمراً غريباً يحدث من حولك؟ هل كنت تشعر بأنّ الآخرين يتكلمون عنك؟ أو بأنّ أشخاصاً يحاولون إيذاءك؟ هذه الأسئلة ستساعدنا في تقصّي التوهّمات.
- هل كنت تسمع أشخاصاً يتكلمون عنك سرّاً؟ هل كنت تسمع أشخاصاً يتكلمون عنك حتى عندما تكون بمفردك؟ هذه الأسئلة ستساعدنا في اكتشاف الهلوسات.
- هل تفكّر في قتل نفسك؟ تذكّر أنّ خطر الانتحار أعلى عند الأشخاص المصابين بذهان.
- هل كنت تشرب الكحول أو تتناول المخدرات أخيراً؟ إذا كان الجواب «نعم»، نراجع القسمين ٦-١ و٦-٢.

ما ينبغي أن نبحث عنه في أثناء المقابلة

- المظهر العام للشخص قد يدلّ على عدم الاعتناء بنظافته الشخصية.
- قد يقوم بحركات غريبة بذراعيه أو بجسده.
- قد يقوم بأمور تدلّ على أنه يسمع أصواتاً، فينظر فجأةً باتجاه آخر، على سبيل المثال، كأنّ شخصاً ما يكلمه من هناك.
- قد لا تفهم شيئاً مما يقوله، وقد تكون أجوبته خارجة عن موضوع أسئلتنا.
- قد يتكلم كثيراً جدّاً أو قد لا يتكلم أبداً.
- قد يضحك أو يبكي أو يكلم نفسه من دون سبب.



نصائح للمقابلة

- الشخص المتوهم أصلاً، ينبغي أن نتقرّب منه بلطف. الهدف هو أن نكسب ثقته فنطرح الأسئلة العامة في البداية.
- لا نجابهه من خلال تحدي معتقداته. لا نقول مثلاً: «لا تكن سخيفاً. لا أحد يتكلم عنك». فالأعراض التي تبدو لنا سخيفة هي حقيقية جدّاً بالنسبة إليه.
- ينبغي أن نبقى على الحياد ولا ننجرّ إلى الموافقة على معتقدات الشخص أو رفضها. تشكّل هذه المعتقدات مفاتيح أساسية لفهم مشكلة الفرد ومساعدته.
- لا نضحك أو نسخر من المعتقدات بتاتاً، وإلا فسوف يفقد الشخص ثقته بنا.

ماذا ينبغي أن نفعل؟

- إذا تصرّف الشخص بعنف، نتبع الإرشادات في القسم ٤–١.
- نُعلم الأسرة أنّ الأعراض ناتجة من مرض دماغيّ.
- نشجّع الشخص على تناول الأدوية اللازمة. ولأنه سيبقى مقتنعاً بأن معتقداته حقيقية، فلن يساعده أن نقول إنه بحاجة إلى الدواء لأنه «مريض» نفسيّاً. عوضاً عن ذلك، يمكن أن نطمئنه إلى أنه يشعر بالضغط. بسبب معتقداته، ولا بدّ أن تساعده الأدوية على استعادة هدوئه.
- الأدوية المضادة للذهان مفيدة جدّاً. نجرّب أيّاً من هذه:
  - ٥ إلى ١٠ ملغ من هالوبيريدول haloperidol، مرتين في اليوم، بالفم.
  - ٥ إلى ١٠ ملغ من تريفلويوبيرازين trifluoperazine، مرتين في اليوم، بالفم.
  - ١٠٠ إلى ٢٠٠ ملغ من كلوربرومازين chlorpromazine، ثلاث مرات في اليوم، بالفم.
  - نبدأ بجرعات صغيرة، مثلاً ٥ ملغ من هالوبيريدول haloperidol، مرة في اليوم.
- نشرح لأفراد الأسرة الآثار الجانبية، ونعطيهم كمية من بروسيكليدين procyclidine أو أدوية مشابهة لمواجهة الآثار الجانبية على العضل، مثل تشنجات العنق أو الرجفة (راجع الجزء الرابع).

متى ينبغي أن نحيل الشخص على اختصاصيّ؟

- إذا شككنا في أنّ الشخص في حالة تشوّش.
- إذا كان الشخص يفكّر في الانتحار. فالشخص المتوهم والذي يشكو في الوقت نفسه من أفكار انتحارية، معرّض لخطر إيذاء نفسه.
- إذا كان الشخص عنيفاً. نحيله بعد اتخاذ الخطوات اللازمة للسيطرة على تصرّفاته (راجع القسم ٤–١).
- إذا ارتفعت حرارته كثيراً أو ظهرت عنده آثار جانبية حادة.

ماذا نفعل بعدئذٍ؟

- نطلب من الشخص أن يعود لرؤيتنا في العيادة بعد أسبوع لنقيس تقدّمه. يمكن أن نزيد جرعة الدواء إذا بقيت الأعراض تحت السيطرة.
- إذا أمكن، نحيله على اختصاصي في الصحة النفسية. فعددٌ كبير من الأشخاص المصابين بذهان يحتاج إلى رعاية طويلة الأمد.
- إذا لم يوجد اختصاصي نفسي، نضع خطة طويلة الأمد لمساعدة الشخص وعائلته على التكيّف مع المشكلة.

قد يستمرّ الفصام واضطرابات ذهانية أخرى عدة سنوات، وقد ترتبط بإعاقة بالغة.

في ما يأتي بعض مبادئ الرعاية:

- إذا أمكن، نعيّن عاملاً صحيّاً خاصّاً لرعاية الشخص. فبما أنّ هذه «الأمراض» نادرة، لن نحتاج إلى المراقبة الطويلة الأمد إلا في حالات قليلة.
- نقوم بزيارة للشخص (أو نطلب منه أن يزور العيادة) مرة كل شهرين على الأقلّ.
- نشرح لأفراد الأسرة عن المرض والحاجة إلى الالتزام بالأدوية.
- تشكل الأدوية جزءاً مهمّاً من الرعاية طويلة الأمد، لذلك نتأكّد عند كلّ زيارة من الالتزام بها ومن الآثار الجانبية.
- تُعتبر إعادة التأهيل، لجهة مساعدة الشخص على الحصول على وظيفة، عنصراً من العناصر المهمة لإبقائه في حالة جيدة. أمّا العمل الذي يمكن أن يمارسه الشخص فيتوقف على مستواه العلميّ، وخبرته العملية السابقة، وحدّة «مرضه» (راجع القسم ٣–٢).
- إذا استحال العمل خارج المنزل، نشجّع الشخص على الانشغال طوال الوقت بطرق أخرى، أي بالمساعدة في أعمال المنزل أو الحديقة، أو الالتزام بالأنشطة الروحيّة.
- نحيله على منظمات تعمل مع الأشخاص المصابين باضطرابات نفسية أو إعاقات (نحيله على مراكز في منطقتنا، راجع ملحق المؤسسات العاملة في البلدان العربية). إن بعض المنظمات، في بعض الأماكن، تدير مشاغل أو منشآت محميّة، يستطيع فيها الشخص أن يتعلّم مهارات جديدة ويلتقي أشخاصاً آخرين.

الإطار ٤–٣ ما ينبغي أن نتذكره عندما نتعامل مع شخص مرتاب ويعتقد أموراً غريبة

- الظن وسماع الأصوات هما عارضان يدلان على اضطراب نفسيّ حاد.
- أكثر الاضطرابات النفسية الحادة شيوعاً، هي الفصام والاضطراب الهوسي – الاكتئابي. وقد تنتج هذه الأعراض أيضاً عن حالات الذهان الحادة.
- غالباً ما يعاني هؤلاء الأشخاص التمييز ويحمّلهم المجتمع وصمة عار.
- الأدوية المضادة للذهان هي العلاج الأفضل لهذه الاضطرابات.
- إذا أرادت العائلة أن تأخذ المريض إلى معالج تقليديّ، نشجّعها على التوفيق بين العلاج التقليديّ والأدوية التي نصفها له نحن.
- إذا أمكن، نحيل الشخص الذي يشكو من هذه الأعراض على اختصاصي في الصحة النفسية.

٤–٤ الشخص الذي يفكر في الانتحار أو سبق أن حاول الانتحار

الانتحار هو أن يضع الشخص حدّاً لحياته بنفسه. ولا ينجح إلا القليل من الذين يحاولون وضع حدّ لحياتهم. نعالج هذا القسم موضوع مساعدة الأشخاص الذين يفكرون في الانتحار أو سبق أن حاولوا الانتحار. ويأتي دور العامل الصحي في فهم السبب الذي دفع بالشخص إلى الرغبة في الانتحار ودعمه في الفترة الصعبة التي تلي محاولة الانتحار.

٤–٤–١ لماذا يريد بعض الأشخاص وضع حدٍّ لحياتهم؟

كلنا نشعر، في وقت من الأوقات، بأننا «اكتفينا» من الحياة. فلو فكرنا في كل الحالات الصعبة التي تمنينا فيها أن تتوقف حياتنا، لرأينا أنّ هذه هي الأسباب نفسها التي تأتي بالأشخاص إلى عيادتنا وهم يشكون من محاولة الانتحار. ثمة فارق واحد كبير طبعاً، وهو أنّ الأفكار الانتحارية، بالنسبة إلى معظمنا، تمرّ بسرعة، وهي مجرّد ردّ فعل تجاه حادث مؤلم. ومعظمنا يعالج الموضوع بعد التحدّث عنه إلى صديق أو أحد الأقرباء، أو يجد حلاً لمشكلاته فتنجلي الأفكار الانتحارية تلقائيّاً. غير أنّ هذه الأفكار والمخططات الانتحارية تبقى عند بعضنا وتترسّخ، وترتبط باضطرابات نفسيّة وصعوبات حياتيّة قاسية.

في ما يلي الاضطرابات النفسية المرتبطة بالانتحار:

- الإكتئاب. هذا هو السبب الأهم للانتحار. فالاكتئاب يدفع بالشخص إلى الشعور بالبؤس والاحباط، وفقدان الاهتمام بالحياة، وفقدان الأمل في المستقبل.



إنّ امرأة تعيش علاقة غير سعيدة قد تشعر بأنّ حالتها ميؤوس منها وبأنّ الموت أفضل لها

- إدمان الكحول والمخدرات. صحيح أنّ عدداً كبيراً من الأشخاص يشرب الكحول ويتناول المخدرات ليشعر بالارتياح، غير أنّ هذه المواد لها تأثير إحباطي على الدماغ. إن فقدان الأمل في أن يقدر الشخص على أن يضع حدّاً للإدمان، بالإضافة إلى المرض الجسدي والمشكلات المادية، كلها عوامل تدفع بالشخص إلى الرغبة في الانتحار.
- المشكلات الصحية طويلة الأمد. الأمراض التي تسبّب الأوجاع أو التي لا حلّ لها، غالباً ما تدفع بالشخص إلى الرغبة في الانتحار.
- الاضطرابات النفسية الحادة. الأشخاص المصابون بذهان معرّضون لخطر الانتحار.

تمثّل العوامل الاجتماعية والشخصية دوراً مهمّاً في التسبّب بالاضطرابات النفسية. ومن العوامل الاجتماعية التي قد تدفع بالشخص إلى الشعور بالتعاسة وبالرغبة في الانتحار:

- العلاقات غير السعيدة، ولا سيّما الزواج غير السعيد.
- الفقر والصعوبات الاقتصادية، وخصوصاً عندما تطرأ فجأة، أي عندما يخسر الشخص وظيفته مثلاً.
- فقدان شخص عزيز، أي الحداد مثلاً (راجع القسم ٧–٤).
- عدم توفّر الأصدقاء الذين قد يشاركهم الشخص مشكلاته ومشاعره.

المراهقون قد يشعرون بالرغبة في الانتحار عندما يرسبون في المدرسة أو يتشاجرون مع أهلهم في المنزل (راجع القسم ٨–٧).

٤–٤–٢ «الجِنْدر» والانتحار

النساء أكثر عرضةً للاكتئاب والضغط الاجتماعي اللذين يسلبان الإنسان سعادته. لذلك فإنّ احتمال الانتحار عند النساء أكبر. إلا أنّ خطر الموت نتيجة الانتحار هو أكبر عند الرجال عادةً. هذه حال الرجال الكبار في السن الذين يشكون من إدمان الكحول ويعيشون وحدهم أو في زواج غير سعيد. وإن أحد أسباب هذا الفارق هو أنّ الرجال قد يختارون وسائل انتحارية أشدّ خطراً، لذلك فإنّ نجاح محاولتهم مرجّح أكثر. غير أنّ النساء يصبحن أكثر عرضة للتمييز ضدهم بسبب محاولة الانتحار. ولكن ينبغي أن نأخذ كلّ محاولات الانتحار على محمل الجدّ، سواء عند الرجال أو النساء.

٤-٤-٣ كيف نتعامل مع هذه المشكلة؟

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على الأصدقاء أو أفراد الأسرة

- ماذا جرى؟ هل كانت محاولة خطيرة؟ إذا حاول شخص أن ينتحر شنقاً أو باستعمال مبيد للحشرات، فهذا يُعتبَر محاولة خطيرة. أمّا إذا شطب معصمه بقلم فهذه محاولة أقلّ خطراً.
- هل حدث هذا من قبل؟ الأشخاص الذين يتضمّن سجلّهم محاولات انتحار سابقة، من المحتمل أن يعاودوا المحاولة، والمحاولات المتكررة قد تكون دليلاً على مشكلة نفسية أو مرض نفسيّ طويل الأمد.
- هل في سجلّ الشخص اضطرابات نفسية أو جسدية سابقة؟
- هل فقد أحداً أخيراً؟ هل انفصل عن زوجته مثلاً؟

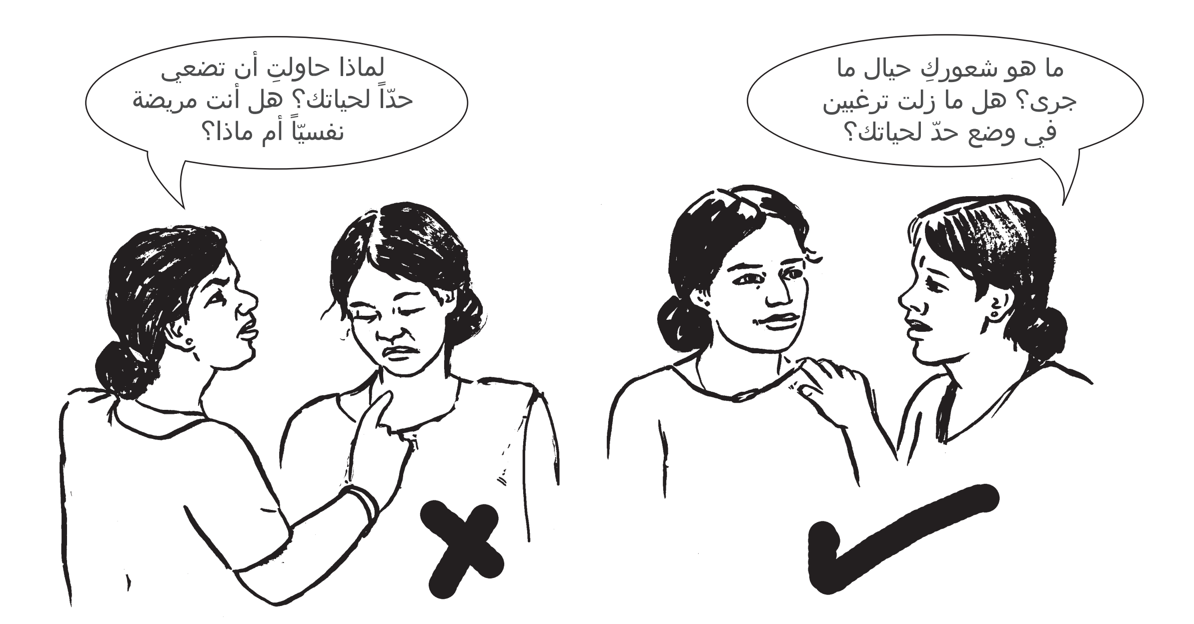
الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على الشخص الذي حاول الانتحار

- ماذا جرى؟ هل أردت أن تضع حدّاً لحياتك؟ لماذا؟
- هل كان لديك خطة؟ طوال كم من الوقت كنت تخطط لها؟ هل أخبرت أحداً عن خطتك؟ المحاولات التي تم التخطيط لها وأخفيت عن الآخرين هي أشدّ خطراً.
- كيف تشعر الآن؟ يشعر كثيرون بالارتياح عندما تفشل محاولتهم الانتحارية. والذين لا يرتاحون معرّضون لمعاودة المحاولة.
- هل كنت تشعر بالإحباط مؤخّراً؟ هل فقدت الاهتمام بالحياة؟ نطرح هذه الأسئلة لتقصّي الإكتئاب، كما ورد في التصميم في الفصل الثاني.
- هل تشعر بأنك تفرط في شرب الكحول (أو في تناول المخدرات)؟ نطرح أسئلة عن مشكلات الإدمان (راجع الفصل الثاني، القسم ٦-١).
- ما هي الأسباب التي تدفعك إلى الاستمرار في العيش؟ هذه طريقة جيّدة لندعو الشخص إلى التفكير في الأمور الإيجابية في حياته. فبعض الإشخاص يعميهم إحباطهم البالغ عن رؤية أيّ شيء إيجابيّ. وهذا دليل على مدى خطورة الاضطراب، وهذا لا يعني أنه ما من شيء يطمحون إليه!

كيف نقدِّر احتمال معاودة محاولة الانتحار؟

من الصعب أن نتوقع احتمال أن يكرّر الشخص محاولة الانتحار. والعوامل التي ينبغي أن تدعونا للقلق بشأن خطر المحاولة من جديد هي:

- المحاولة الجادّة، والمخطط لها، التي سعى الشخص جاهداً إلى إخفائها عن الآخرين، بالإضافة إلى استعمال وسيلة خطيرة مثل الشنق.
- الاستمرار في التفكير في الانتحار.
- فقدان الأمل بالمستقبل.
- إذا كنا متأكدين من أنّ الشخص يعاني الاكتئاب الحاد.
- إذا كنا متأكدين من أنّ الشخص يشكو من صعوبات حياتية أو إذا كان قد فقد شخصاً عزيزاً
- نقص الدعم الاجتماعي.
- إدمان الكحول أو مرض جسدي حادّ.
- محاولات انتحار سابقة.
- إذا كان الشخص كبير السن.



الأسئلة الملائمة (يمين) وغير الملائمة (يسار) التي تُطرح في أثناء المقابلة (وأدناه)



نصائح للمقابلة

- الانتحار مسألة حساسة وشخصية. نتكلّم مع الشخص على انفراد. نعطيه الوقت الكافي ليشعر بالراحة ويصارحنا بدوافعه.
- لا نطلق أحكاماً بشأن طبعه.
- لا نطمئنه ببعض التصريحات من دون أن نفهم الحالة بشكل تام، لأن هذا قد يشعره بالمزيد من اليأس.
- نتحدّث إلى الأسرة أو الأصدقاء لنعرف كيف كانت حياته وحالته الصحية من وجهة نظرهم. قد نحتاج إلى بناء علاقة ثقة مع أحدهم، لكي يقدم له الدعم في البيت.

ماذا ينبغي أن نفعل على الفور؟

- نحرص على أن يبقى الشخص بعيداً عن الخطر المباشر. إذا كان قد تناول جرعة مفرطة من الحبوب أو شرب السم أو جرح نفسه جرحاً بالغاً، عندئذ ينبغي أن يُعطى علاجاً طبيّاً طارئاً (أنظر أدناه).
- ينبغي أن يبقى الشخص دائماً برفقة شخص آخر، أحد الأقرباء مثلاً، لبضع ساعات بُعَيد محاولة الانتحار.
- إذا شعرنا بأنه قد يعاود إيذاء نفسه، نطلب من الأقرباء أن يبقوا معه ونحرص على ألا يُترك وحده.
- نحرص على أن تبقى كل الأدوات المؤذية، مثل السموم أو السكاكين، بعيدةً عنه.
- نعطيه الوقت ليستعيد هدوءه قبل أن نرسله إلى المنزل.
- نطلب منه دائماً أن يأتي إلى العيادة لرؤيتنا أو نتفق معه على أن نزوره في المنزل، بعد بضعة أيام.
- في حال الشك بنية الانتحار، نعطي الشخص رقم هاتفنا أو رقم «خط ساخن» لجهة تعمل على الموضوع كالعنف ضد النساء مثلاً، ونشجعه على الاتصال بنا عندما يشعر بالاكتئاب.

ماذا نفعل بعدئذٍ؟

- نلزم الشخص الذي حاول الانتحار بالخضوع لإرشاد دوريّ إلى أن يشعر بتحسّن ويتمكن من السيطرة على مشكلاته.
- نحاول أن نحدّد المسائل الاجتماعية التي تشعره بالاكتئاب. نتحدّث إلى الأقرباء الذين يمثلون دوراً مهمّاً في حياة الشخص، شريك الحياة مثلاً.
- إذا كان الشخص يشكو من الاكتئاب أو يدمن الكحول، نتبع العلاج اللازم له (راجع القسم ٥–١ للاكتئاب، والقسم ٦–١ لإدمان الكحول).
- إنّ علاج الاكتئاب بالأدوية يتطلّب ثلاثة إلى أربعة أسابيع قبل أن يعطي نتائج إيجابية. في هذه الأثناء، من الضروريّ متابعة الإرشاد والدعم العائليّ.
- إن عدداً كبيراً من الأشخاص الذين يحاولون الانتحار يواجه صعوبات لا بدّ من التطرّق إليها. يمكن أن نتبع مقاربة حلّ المشكلات فهي قد تساعد كثيراً (راجع القسم ٣–٢–٥).
- الأشخاص المصابون بالاكتئاب يرون الحياة بصورة سلبيّة عادةً. يمكن أن نقترح طرقاً إيجابية للنظر إلى الحالة نفسها (راجع الإطار ٥–١).

متى ينبغي أن نحيل الشخص على اختصاصيّ؟

ينبغي إحالة الشخص الذي حاول الانتحار على مركز للخدمات الصحية النفسيّة الاختصاصية، إذا أمكن، في الحالات الآتية:

- إذا كانت المحاولة خطيرة ومهدِّدة للحياة.
- إذا ظلّ الشخص يفكر في الانتحار بالرغم من الإرشاد.
- إذا كان الشخص يعاني اضطراباً نفسيّاً خطيراً، مثل الذهان.
- إذا حاول الشخص الانتحار عدة مرات يكون هناك ضرورة لتبليغ الشرطة، أو المدعي العام، أو العامل الاجتماعي (إن وجدنا ذلك مناسباً لحالة الفرد، وذلك بعد إعلامه بالأمر).

٤–٤–٤ العلاج الطبي لمحاولات الانتحار

تقضي القاعدة العامة بأن ننقل الشخص الذي حاول الانتحار فوراً إلى المستشفى، في حال وجود مستشفى قريب، لكسب الوقت إذا كانت المساعدة الطبية ضرورية.

حالات الشنق، والطعن، والإصابة برصاصة، والجرح أو الحرق العميق

هذه حالات طبية طارئة وخطيرة. فيما ننتظر أن يتم نقل الشخص إلى المستشفى، نراقب تنفّسه، وضغط دمه، ونبضه. إذا كان ضغط دمه منخفضاً، نعطيه الملح المعدنيّ بواسطة أنبوب في الوريد. ينبغي أن نعطيه الأوكسيجين. ننظّف أيّ جرح مفتوح ونضمّده بشدّة لإيقاف النزف.

حالة الجرعة المفرطة من مبيدات الحشرات أو مواد أخرى

هذه وسيلة شائعة يستعملها الشخص ليؤذي نفسه. إذا كان الشخص مستيقظاً، نحاول أن ندفعه إلى التقيّؤ. يمكننا أن نُحدث التقيّؤ بطريقتين:

- شرب الماء عالي الملوحة.
- شرب كوب حليب أو تناول ملعقة صغيرة من شراب إيبيكاكوانا ipecacuanha («عرق الذهب»).
- نعطيه مسحوق الفحم الذي يساعد في امتصاص السم.

في حال وجود إشارات على تسمم حادّ، مثل الشلل، أو فقدان الوعي، أو التشنّجات، أو صعوبة التنفّس، ننقل الشخص إلى المستشفى على الفور.

٤–٤–٥ متى يصبح الانتحار جريمة؟

في بعض المجتمعات، تُعتبر محاولة الانتحار جريمة، ويصبح الانتحار قضية متعلقة بالقانون أو بالشرطة. ينبغي أن يبقى الشخصُ الذي قام بالمحاولة همَّنا الأول. إذا كان يتمتع بالدعم العائليّ، وكانت المحاولة ناتجة من حادث صغير سبّب له الضغط، يمكن ألا نُعلم الشرطة. ولكن أحياناً، تكون محاولة الانتحار دليلاً على مشكلات عائليّة كبرى. فالنساء اللواتي يتعرّضن للضرب من قبل أزواجهنّ أو سوء معاملة من عائلات أزواجهنّ، قد يحاولن في العادة وضع حدّ لحياتهنّ. وفي هذه الحال، قد يفيد إعلام الشرطة بعد مناقشة ذلك مع السيدة المعنية أولاً. وفي حالات أشدّ خطراً، قد يكون الحرق – ظاهريّاً – محاولة انتحار، ولكن يتبيّن في النهاية أنه محاولة قتل المرأة. هذه حالات صعبة، وينبغي أن نناقشها مع زملائنا. وإذا كان لك اتصال وثيق بالشرطة المحلية، قد نطلب نصيحتهم من دون تسجيل أيّ شكوى رسمية.

٤–٤–٦ ماذا نفعل عندما تكون الأسرة غير مساعِدة؟

لا بدّ أن نحتاج إلى دعم الأسرة للشخص، ولا سيّما في الفترة التي تلي محاولة الانتحار مباشرة. ولكن، إذا كانت الأسرة تعيش حالة من الخلاف أو العنف، أو كانت لا تبالي بالموضوع، فسنحتاج إلى التفكير في بدائل. نتذكّر أنه ينبغي أن نناقش هذه البدائل مع الشخص الذي حاول الانتحار أوّلاً، ومن ثمّ نقوم بواحدة أو أكثر من الخطوات الآتية:

- نحيل الشخص على جماعة أو مكان للراحة. (راجع الفصل ١٠: مجموعة الدعم).
- نتصل بأفراد آخرين من الأسرة. ففي حال كانت امرأة تتعرض لسوء معاملة من أهل زوجها، يمكن الاتصال بأهلها أو أقربائها.
- نتصل بالأصدقاء، مثل الجيران أو أعضاء بعض الجماعات الدينية المعنية.
- نشجّع الشخص على طلب الدعم من القادة الروحيين.

٤–٤–٧ الشخص الذي يهدّد بالانتحار أو يحاول الانتحار مرّةً بعد مرّة

هذا النوع من الأشخاص يُنقل إلى وحدات الطوارئ مراراً وتكراراً. من السهل عادةً أن نكره هؤلاء الأشخاص، لأن محاولاتهم الانتحارية ليست خطيرة ونعتبرها «تمثيلاً» ومضيعة للوقت. غير أن هؤلاء الأشخاص ليسوا ممثلين، فحياتهم غير سعيدة وهم بحاجة إلى المساعدة. قد تأخذ هذه المساعدة طابع الإرشاد الذي يهدف إلى حمل الشخص على أن يتعامل مع الأحداث غير السعيدة بطرق مختلفة عن محاولة الانتحار. فإذا عملنا على تحديد مناطق القوة في حياته، مثل علاقة جيّدة تؤمن له الدعم أو مهارة مهنية، فقد نساعده ليرى «الجانب المضيء» من الحياة. نتذكّر أن هؤلاء الأشخاص معرّضون أكثر من سواهم لقتل أنفسهم. فالطريقة الفضلى لمساعدتهم هي أن نبقى على اتصال مستمرّ بهم، ونبني معهم علاقة ثقة، لكي يلجأوا إلى التحدّث معنا في أوقاتهم الصعبة والتعيسة، عوضاً عن قتل أنفسهم.

٤–٤–٨ الوحدة والعزلة

غالباً ما تكون الوحدة سبباً للإحباط والانتحار. وهذا شائع خصوصاً عند كبار السن. بعض الحلول التي يمكن اقتراحها على الشخص هي:

- أن يتصل بالأصدقاء القدامى، أو الجيران، أو الأقرباء الذين لم يتصل بهم منذ زمن.
- أن يتصل بالأقرباء والأصدقاء ويدعوهم إلى مأدبة، أو إلى مناسبة اجتماعية.
- زيارة الموارد الاجتماعية في المنطقة، مثل النوادي.
- أن يمارس نشاطات يستطيع من خلالها أن يلتقي أشخاصاً آخرين، مثل التسوّق.
- ممارسة الهوايات.
- أن يستفيد من الوقت عندما يكون وحده، ليمارس أعمالاً منشّطة ومسليّة، مثل العمل في الحديقة أو المشي.

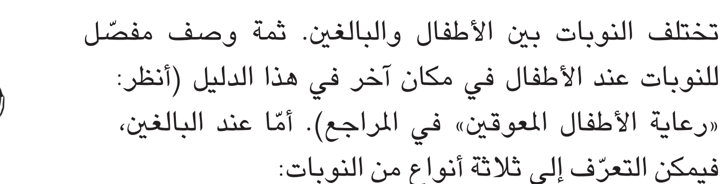


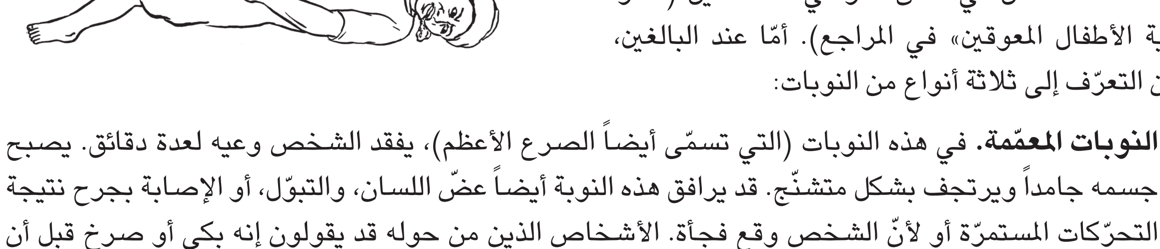
الإطار ٤–٤ ما ينبغي أن نتذكّره عندما نتعامل مع شخص حاول الانتحار

- الانتحار ينتج عادةً عن اضطراب نفسيّ، مثل الاكتئاب أو إدمان الكحول.
- كثيرون ممن حاولوا الانتحار يعانون مشكلة حياتية حادة، مثل صعوبات زوجية أو مادية.
- يرتبط الانتحار أيضاً بالأمراض الجسدية الخطيرة أو الطويلة الأمد.
- لا نستهتر أبداً بمحاولة انتحار.
- عندما تسأل الشخص عن الأفكار الانتحارية، فذلك لن يساعدهم على المحاولة، بل على العكس، معظمهم سوف يشعر بالارتياح.
- المعالجة الطارئة لمحاولة الانتحار هي أولوية. وبعد أن يصبح الشخص مستقرّاً طبيّاً، نعالج الاضطراب النفسيّ، ونختار الأقرباء أو الأصدقاء القادرين على تقديم الدعم.

٤– ٥ الشخص الذي يتعرّض لنوبات

نتحدّث عن نوبة عندما نرى أنّ الشخص قد تغيّر سلوكه ووعيه فجأة واستمرّ على هذه الحالة عدّة دقائق. في بعض الحالات، يهتزّ البدن عدة مرات (وتسمّى هذه الاهتزازات تشنّجات)، ويفقد الشخص وعيه. ثمة نوبات يبقى الشخص في أثنائها واعياً كلياً أو جزئيّاً. وقد تكون التغيّرات الوحيدة هي فقدان الصلة مع الواقع لفترات قصيرة أو حركات متكرّرة مثل إغلاق وفتح الشفتين. الصرع هو «مرضٌ» تحدث فيه النوبات بشكل متكرّر. فإذا تعرّض الشخص لنوبتين في الشهر على الأقل، يمكنا تشخيص الصرع.





٤–٥–١ ما هي أنواع النوبات؟

تختلف النوبات بين الأطفال والبالغين. ثمة وصف مفصّل للنوبات عند الأطفال في مكان آخر في هذا الدليل (أنظر: «رعاية الأطفال المعوقين» في المراجع). أمّا عند البالغين، فيمكن التعرّف إلى ثلاثة أنواع من النوبات:

- **النوبات المعمّمة.** في هذه النوبات (التي تسمّى أيضاً الصرع الأعظم)، يفقد الشخص وعيه لعدة دقائق. يصبح جسمه جامداً ويرتجف بشكل متشنّج. قد يرافق هذه النوبة أيضاً عضّ اللسان، والتبوّل، أو الإصابة بجرح نتيجة التحرّكات المستمرّة أو لأنّ الشخص وقع فجأة. الأشخاص الذين من حوله قد يقولون إنه بكى أو صرخ قبل أن يقع، وإنّ عينيه راحتا تنقلبان لفوق إلى أعلى وفمه أزبد، وإنّ لونه ازرقّ أو اصفرّ. في أثناء النوبة، يفقد الشخص وعيه تماماً، ولا يستجيب أيّ طلب شفهيّ. تنتهي النوبة عادةً بأن ينعس الشخص أو يغفو. بعض الأشخاص قد تضعف أطرافهم لفترة.
- **النوبات الجزئية.** هذه النوبات قد تحدث مع شخص في اليقظة أو مع شخص مشوّش أو فقد الصلة مع الواقع المحيط به. النوبات مختلفة جدّاً من حيث طبيعتها. فقد يكون بعضها مركّزاً في منطقة واحدة من الجسم، مثل فك أزرار القميص وتزريره، تحرّك الذراع بشكل مستمرّ. وأخرى قد نجد فيها تصرّفات معقّدة مثل إغلاق وفتح الشفتين. عدة أشخاص قد يشعرون بشيء ينذرهم بأنّ النوبة ستبدأ. فيشعرون مثلاً بإحساس غريب في المعدة، أو يسمعون أو يرون أو يشتمّون أشياء غريبة. بعض الأشخاص قد يبدأ بنوبة جزئية، تصبح في ما بعد معمّمة.
- **نوبات «الهستيريا» أو «الإقلاب conversion».** هذه النوبات أكثر شيوعاً عند النساء الشابات وهي مرتبطة بالضغط النفسيّ. تتميّز بأنها لا تشبه أيّاً من النوبات النموذجية التي سبق وصفها أعلاه (راجع القسم ٥–٦ لمعرفة المزيد عن هذه الأنواع من المشكلات).

٤–٥–٢ هل الصرع «مرض» نفسيّ؟

ليس الصرع مرضاً نفسيّاً. إنّه ناتج من تغيّرات كهربائية في الدماغ. غير أنّه غالباً ما يُعتبر «مرضاً» نفسيّاً لعدة أسباب. تعتبر عدّة ثقافات أنّ الصرع تسبّبه قوى تفوق الطبيعة، مثل السحر، تماماً مثل أنواع أخرى من الأمراض النفسية. في النوبات الجزئية، قد تظهر تصرّفات غريبة. وقد يسبّب الصرعُ ضغطاً كبيراً على الشخص. وعددٌ كبير من الأشخاص المصابين بالصرع يشكو من مشكلات عاطفيّة. كذلك فإنّ الذهان والاكتئاب والسلوك الانتحاريّ، كلها اضطرابات أكثر احتمالاً عند المصابين بالصرع. وأخيراً، ثمة نوع واحد من النوبات عند البالغين (نوبة الإقلاب) له أصل نفسيّ بحت. وبالتالي ينبغي ألا نتجاهل الحاجات الصحية النفسية عند المصابين بالصرع.

٤–٥–٣ الأسباب الطبية الأساسية للنوبات

عند بعض الأشخاص، قد تتسبّب مشكلات طبية معينة بحدوث الصرع. هذه المشكلات (التي تتطلب مراجعة طبية متخصصة) هي:

- الإصابات في الرأس التي تؤدي إلى نزف في الدماغ.
- الانقطاع عن الكحول (بعد إدمان).
- التهابات الدماغ، مثل التهاب السحايا، والدودة الشريطية، والملاريا، والسل، والنوام.
- الأيدز، من خلال الإصابة المباشرة بالفيروس، أو الإصابة الثانوية مثل الفطريات أو الأورام.
- أورام الدماغ.
- انخفاض معدّل السكر في الدم.
- الأمراض الحادة في الكبد أو الكلى.

٤–٥–٤ كيف نتعامل مع هذه المشكلة؟

من المهم جدّاً أن نحصل على وصف واضح ودقيق لما جرى، لأنّ حالات كثيرة قد تشبه النوبات. المعلومات الأساسية التي ينبغي أن نجمعها لنقوم بتشخيص صحيح هي الوصف الذي يعطيك إياه الأشخاص المحيطون، والوصف الذي يعطيك إياه الشخص نفسه.

الإطار ٤–٥ التمييز بين النوبة والغيبوبة

- النوبة تبدأ فجأة، أما الغيبوبة فهي تدريجية.
- تستمرّ حالة اللاوعي في الغيبوبة ثواني قليلة، أما في النوبة فتدوم عدّة دقائق على الأقل.
- التشنّجات (أي الارتجاف المتشنّج) نادرة في الغيبوبة، ولكنها شائعة في النوبة.
- لا نشهد عضّ اللسان، وزبد الفم، والتبوّل، وازرقاق الجسم إلا في النوبات.
- يتعافى الشخص بسرعة بعد الغيبوبة، أمّا بعد النوبة فقد يشعر بالنعاس، أو يشكو من ألم الرأس والتشوّش.

الإطار ٤–٦ التمييز بين نوبة الصرع ونوبة الهستيريا

- نوبة الصرع تشبه إحدى التوصيفات التي أعطيناها سابقاً. أمّا نوبة الهستيريا فهي غريبة عادةً وتختلف توصيفاتها.
- من الدلائل النموذجية للصرع أن يجرح الشخص نفسه، ويزرقّ جسمه، ويعضّ لسانه، ويزبد فمه، ويتبوّل. ولكن هذه ليست دلائل للهستيريا.
- في نوبة الهستيريا لا يفقد الشخص وعيه أبداً. وحتّى وإن بدا فاقد الوعي، فإنّه يمانع أيّ محاولة لتهدئته، حتى يُظهر أنه ما زال بكامل وعيه.
- أحياناً قد يشكو الشخص نفسه من النوعين. في هذه الحالة ينبغي توخّي الحذر قبل أن نحدّد نوع النوبة التي حدثت معه.

نتبع الخطوات الآتية للتعامل مع النوبة:

- أولاً ينبغي أن نتأكد من أنّ العارض لم يكن غيبوبة (راجع الإطار ٤–٥).
- ثانياً نتأكد من أنّ العارض لم يكن نوبة إقلاب conversion (راجع الإطار ٤–٦ والقسم ٥–٦).
- في حال كانت نوبة، نسأل عما إذا كانت الأولى. ليس من النادر أن تحصل نوبة واحدة فقط. ففي خلال حالات كثيرة من الالتهابات، قد يمرّ الشخص بنوبة، من دون أن تحدث له مرّة أخرى.
- نحدّد نوع النوبة بعد أن نطرح الأسئلة على الشخص الذي حدثت معه وعلى شخص رآه في هذه الحالة، وذلك حتى نحدّد بالتالي نوع الصرع (راجع الإطار ٤–٥–١).
- نعرف عمر الشخص. فمعظم الأشخاص تحدث لهم النوبة الأولى قبل سن الثلاثين. وغالباً ما يستحيل إيجاد سبب للصرع عند هؤلاء الأشخاص. إذا بدأت النوبات للمرة الأولى بعد سن الثلاثين (وخصوصاً بعد سنّ الأربعين) يُحتمل كثيراً أن يكون الشخص مصاباً بمرض طبيّ آخر (راجع القسم ٤–٥–٣) تسبَّب بالنوبة. ومعظم هذه «الأمراض» سوف تسبّب أعراضاً أخرى، مثل ارتفاع الحرارة وألم الرأس، ولكن قد تكون النوبة المؤشر الوحيد «للمرض».

ماذا ينبغي أن نفعل على الفور؟

غالبيّة النوبات تتوقف تلقائيّاً. وبالتالي، حتّى إذا لم نتدخل، فإن الشخص سوف يشفى تماماً بعد النوبة في كل الحالات تقريباً. ينبغي أن يبقى هدفنا الأساسيّ في أثناء النوبة ألا ندع الشخص يؤذي نفسه. نتبع الإرشادات الآتية:



تُبقي الشخص دائماً على جنبه بعد النوبة

- إذا أمكن، نديِره على جنبه.
- نحاول ألا نضع أيّ شيء في فمه بالإكراه.
- نحاول ألا نمسكه أو أن نقيّده.
- نحاول ألا نجبره على تناول الأدوية أو شرب الماء.
- إذا استمرّت النوبة أكثر من خمس دقائق، نعطيه حقنة ديازيبام diazepam أو فينوباربيتون phenobarbitone (انظر أدناه).
- بعد انتهاء النوبة، قد يشعر الشخص بالنعاس. نكون إلى جانبه عندما يستيقظ ونشعره بالراحة والطمأنينة.
- بعد أن يستعيد هدوءه ووعيه تماماً، فإن أهم ما ينبغي فعله هو أن نتفحص مشكلته بانتباه كما سبق أن ذكرنا.

متى ينبغي أن نحيل الشخص على اختصاصيّ؟

من الأفضل دائماً أن يقوم طبيب بفحص الشخص الذي يشكو من نوبات، مرة واحدة على الأقلّ. ومن الأفضل أيضاً أن يكون طبيباً اختصاصيّاً في الأمراض العصبيّة أو طبيباً نفسيّاً. هذا الفحص ضروريّ خصوصاً عند الأشخاص الذين حدثت معهم النوبة الأولى بعد سن الثلاثين. والهدف الأساسيّ من هذا الفحص هو التأكد من أنّ الشخص لا يعاني مرضاً آخر يسبّب الصرع. وبما أنّ تشخيص الصرع يعني في معظم الأحيان أنّ على الشخص تناول الأدوية لفترة طويلة، وقد يُمنع من ممارسة بعض النشاطات، لذلك يجب أن نكون متأكدين من التشخيص. والأطباء الاختصاصيون تتوفّر لديهم وسائل للفحص مثل مخطط كهربائية الدماغ EEG (الذي يفحص النشاط الكهربائيّ للدماغ)، أو المسح الإلكتروني للدماغ CT، أو التصوير بالرنين المغناطيسي MRI (وهي صورة للدماغ بواسطة الأشعة السينية).

ماذا نفعل بعدئذٍ؟

إنّ العناصر الأبرز في علاج الصرع هي المعرفة وإجراء بعض التغييرات في نمط الحياة (راجع القسم ٤–٥–٦) بالإضافة إلى الأدوية (راجع القسم ٤–٥–٧).

٤–٥–٥ عندما لا تتوقف النوبات: الصرع المستمرّ

هذه حالة طبية طارئة وخطيرة، تحتاج إلى تدخّل اختصاصيّ تلقّى التدريب الطبي اللازم. ففي هذه الحالات، تحدث النوبات عند الشخص بشكل شبه مستمرّ، من دون توقف، ومن دون أن يستعيد وعيه. إذ ظل بعض الأشخاص على هذه الحالة من دون علاج، قد يموتون أو يصابون بتضرّر دماغيّ خطير. لذلك، إذا لم تتوفر الرعاية الطبية الطارئة في حالات كهذه، علينا أن نحاول تجنّب الوفاة أو المضاعفات الخطيرة كالتالي:

- نزيل أيّ أسنان اصطناعية وندخل أنبوباً هوائيّاً من البلاستيك في مجرى التنفّس لنحرص على بقائه مفتوحاً.
- نحقن ١٠٠ ملغ من ثيامين thiamine ونتبعها بمحلول بنسبة ٥٠٪ من الغْلوكوز (دكستروز) glucose (dextrose) بسرعة، داخل الوريد.
- نحقن ١٠ ملغ من ديازيبام diazepam ببطء داخل الوريد (لمدة دقيقتين تقريباً).
- ننتظر نحو خمس دقائق.
- إذا استمرّت النوبات، نضع قطّارة محلول مالح عبر الوريد.
- نحقن ديازيبام diazepam في الوريد بمعدّل ٥ ملغ في الدقيقة إلى أن تتوقف النوبات، وإذا لم تتوقف فنكمل الحقن إلى أن تبلغ ٢٠ ملغ كحدّ أقصى.
- نراقب وتيرة التنفّس عن كثب، وعند أيّ إشارة على وجود صعوبة في التنفّس، نتوقف عن إعطائه ديازيبام diazepam.
- إذا استمرّت النوبات، نحقن فينيتوين phenytoin في داخل الوريد بمعدّل ٥٠ ملغ في الدقيقة إلى أن تبلغ ١٠٠٠ ملغ كحدٍّ أقصى.
- عندما تتوقف النوبات، نطلب فوراً مساعدة طبية من اختصاصيّ.

٤–٥–٦ نصائح للشخص المصاب بالصرع ولعائلته

- الصرع «مرض» طويل الأمد قد يحتاج إلى علاج بالأدوية لعدّة سنوات.
- الصرع لا يسبّبه السحر أو الأرواح.
- العنصر الأهم في علاج الصرع هو تناول الأدوية بانتظام.
- الأشخاص المصابون بالصرع يمكنهم أن يعيشوا حياةً طبيعية مع بعض التعديلات. يمكنهم الزواج والإنجاب وممارسة معظم أنواع الوظائف.
- على الأشخاص المصابين بالصرع ألا يقودوا السيارة (إلا إذا مضت سنة على النوبة الأخيرة وكانوا ما زالوا يتناولون الأدوية)، وألا يسبحوا بمفردهم، وألا يشتغلوا على معدّات ثقيلة أو بالقرب منها.
- على الأشخاص المصابين بالصرع أن يحاولوا تنظيم نمط حياتهم كالآتي:
  - نوم منتظم.
  - وجبات منتظمة.
  - وضع حدود صارمة لشرب الكحول.
  - تجنّب ممارسة الرياضة المفرطة.
  - تجنب الحالات المسبّبة للتوتر، أو الاهتياج المفاجئ، أو الضغط.



كيف نستعمل الأدوية للصرع:

(١) نختار الدواء المناسب بناءً على ثمنه وعلى نوع الصرع.
(٢) نبدأ بجرعة صغيرة، ونراقب تجاوب المريض، من خلال إحصاء عدد النوبات والآثار الجانبيّة.
(٣) نزيد الجرعة او نقلّلها وفقاً لما سبق.
(٤) إذا لم نلاحظ تجاوباً، نزيد الجرعة حتّى الحدّ الأقصى بحسب الدواء.
(٥) إذا لم نلاحظ تجاوباً، نضيف دواءً آخر أو نحيل المريض على اختصاصيّ.

٤–٥–٧ وصف الدواء لشخص مصاب بالصرع

- نختار الدواء الأنسب لنوع الصرع الذي يعانيه الشخص بشكل عام، فإن كاربامازيبين carbamazepine هو دواء فعّال وآمن لنوعَي الصرع عند البالغين. فالبْروات الصوديوم sodium valproate هو دواء فعال أيضاً. أما فينيتوين phenytoin وفينوباربيتون phenobarbitone فهما مفيدان في الصرع المعمّم (generalized epilepsy) خصوصاً.
- الكلفة والآثار الجانبية هما معياران مهمان لاختيار الدواء، لأنّ العلاج يستمرّ فترةً طويلة. فإذا لم تكن الكلفة مشكلة، نستعمل كاربامازيبين carbamazepine أو فالبروات الصوديوم sodium valproate خياراً أوّلاً. أمّا إذا كانت الكلفة عائقاً، فيمكننا اختيار فينوباربيتون phenobarbitone (راجع الفصل عن الأدوية).
- لا نستعمل أكثر من دواء واحدٍ في كل مرة. نبدأ بجرعة صغيرة ونزيدها تدريجيّاً إلى أن تبلغ المعدّل المطلوب كجرعة يوميّة.
- إذا استمرّت النوبات من دون تقدّم، نحاول أن نزيد الجرعة إلى أن تبلغ الحدّ الأقصى. وإذا ظهرت آثار جانبية، فلا نزيد أكثر.
- إذا أمكن، نراقب معدّل الدواء في الدم لنبقي العلاج تحت السيطرة.

الإطار ٤–٧ ما ينبغي أن نتذكره عندما نتعامل مع شخص شكا من نوبة

- النوبة هي تغيّر مفاجئ وقصير الأمد في التصرّف أو في حالة الوعي عند الشخص.
- غالباً ما يبدأ الصرع قبل سنّ الثلاثين. وإذا ظهرت عند شخص للمرة الأولى بعد سنّ الثلاثين، قد يكون هذا دليلاً على أنّ الشخص يعاني اضطراباً طبيّاً أو دماغيّاً خطيراً وينبغي إحالته على اختصاصيّ.
- لا نحاول أبداً أن نقيّد شخصاً في أثناء النوبة. ففي معظم الأحيان، تنتهي النوبة تلقائيّاً في غضون دقائق.
- نشرح للشخص أنّه بحاجة إلى أخذ الدواء بانتظام، وتجنّب القيادة والعمل على المعدّات الثقيلة، والابتعاد عن شرب الكحول.
- الأشخاص الذين يعانون الصرع قد يصابون بأمراض أخرى، مثل الإحباط أو حتى الذهان.
- نحيل الشخص على اختصاصيّ قبل أن نبدأ العلاج بالأدوية المضادة للتشنج. وإذا استحال ذلك، نتبع الإرشادات في هذا الدليل حول تشخيص الصرع ومعالجته بالأدوية.

- نشرح للشخص وللأسرة ما ينبغي أن يعرفوه بالنسبة إلى التغييرات في نمط الحياة، قبل أن نزيد جرعة الدواء (راجع القسم ٤–٥–٦).
- إذا استمرّت النوبات بوتيرة غير مقبولة، أضف دواءً ثانياً بجرعة صغيرة ونزيدها بحسب الحاجة.
- بشكل عام، لا نحاول إيقاف الدواء قبل مرور سنتين على الأقلّ من دون نوبات. لا نوقف الدواء بصورة مفاجئة نبدأ، بل نخفّفه تدريجيّاً وببطء، أي ننقص الجرعة بمقدار الربع كلّ شهر مثلاً.
- نعالج الأمراض النفسية، مثل الإحباط والذهان، عند الشخص المصاب بالصرع كما عند الأشخاص الآخرين.

٤–٦ الأمّ التي تضطرب بعد ولادة طفلها



معظم الأمهات يشعرن بالفرح والرضى عند ولادة أطفالهنّ

الولادة هي خبرة إيجابية بالنسبة إلى معظم النساء. فيستقبلن المولود الجديد بفرح وابتهاج. غير أنّ بعض الأمهات يضطربن نفسيّاً بعد الولادة. تُقسم المشكلات النفسية بعد الولادة إلى ثلاثة أنواع أساسيّة.

- **الكآبة.** وهي حالة عاطفية شائعة تظهر في الأسبوع الأول بعد الولادة. تشعر الأم نموذجيّاً بالحزن وبالرغبة في البكاء. هذه حالة غير مؤذية وتدوم بضعة أيام.
- **الاكتئاب.** وهو شبيه بالاكتئاب في الحالات الأخرى. ويصبح واضحاً بعد مرور نحو شهر على ولادة الطفل. قد تشعر الأم بالتعب، وتشكو من اضطرابات في النوم، وتشعر برغبة في البكاء. قد تدوم هذه الحالة ١٢ شهراً إذا لم تُعالج.
- **الذهان.** وهو الاضطراب الأكثر حدّة بعد الولادة. إنّه شبيه بحالة التشوّش. ولحسن الحظ هو الأقلّ شيوعاً. تظهر أعراضه في غضون أسبوعين بعد ولادة الطفل، وتسوء بسرعة، حتى إنّ الأم قد تفقد الصلة مع الواقع، وتفكّر في أمور غريبة، وتشكو من هلوسات. وإذا لم تُعالج، قد تبقى مريضةً عدة أشهر.

٤–٦–١ لماذا يضطرب بعض الأمهات بعد الولادة؟



ولكن بعض الأمهات قد يشعر بالتعاسة والاضطراب

لهذه الاضطرابات عدة أسباب:

- فائض العمل بعد الولادة، مثل رعاية الطفل.
- الولادة حدثٌ له تأثير عاطفيّ بالغ، وهذا النوع من الأحداث قد يولّد الاكتئاب.
- الأم تفقد استقلاليتها.
- تتغيّر العلاقة بين الأم والأب.
- العوامل الثقافية، ففي بعض المجتمعات قد تكون ولادة فتاة مخيّبة للأمل.

- في أثناء الوضع، تحدث في جسم المرأة تغيّرات جسدية وهورمونيّة كثيرة، الأمر الذي قد يؤدّي إلى اضطرابات نفسيّة.
- احتمال ظهور الاظطرابات النفسية هو أكبر إذا كانت المرأة غير سعيدة في زواجها، أو إذا كانت الولادة صعبة.

وكما أنّ الولادة يمكن أن تسبّب اضطراباً نفسيّاً، يُحتمل أيضاً أن تحمل امرأة تعاني اضطراباً نفسياً. في الإطار ٤–٨ تفصيل لهذه الحالة.

الإطار ٤–٨ عندما تحمل المرأة التي تعاني اضطراباً نفسيّاً

عندما تحمل المرأة المضطربة نفسيّاً، تخاف بعض العائلات من خطر تأثّر الجنين بالمرض. ينبغي أن نطمئن العائلات إلى أنّ الاضطرابات النفسيّة ليست «معدية»، وأنها لن تؤثّر على الطفل. بعض العائلات قد يسأل عن احتمال انتقال «المرض» إلى الطفل بالوراثة. في ما عدا الاضطرابات النفسيّة الحادة، علينا أن نقول لها إنّ الخطر معدم. أمّا في حال كانت المرأة تعاني اضطراباً نفسيّاً حادّاً، فيمكننا أن تقول إنّ احتمال أن يولد الطفل بصحة تامّة هو أكبر من الاحتمال المعاكس. قد نحتاج لوقت أطول كي نشرح للأمهات المتخلفات عقليّاً ماذا يحدث لأجسادهنّ.

المسألة المهمة الثانية هي خطر الأدوية على الطفل. تقضي القاعدة العامة بتجنّب أيّ أدوية للأمراض النفسية والعصبية في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل. نتجنّب بشكل خاص الأدوية مثل الليثيوم lithium، والأدوية المضادة للذهان، والأدوية المضادة للقلق. فمضادات الإحباط أكثر أماناً. ونجنّب الأدوية غير الضرورية في فترة الرضاعة. في الواقع ثمة خطر ضئيل لانتقال الأدوية عبر حليب الرضاعة. إذا كانت الأم مضطربة أو محبطة جدّاً، نتذكر أن الأدوية قد تحسّن مزاجها، وبالتالي يساعدها ذلك على بناء الصلة مع طفلها، وهذا جيّد بالنسبة إلى الأم وإلى الطفل.

٤–٦–٢ ما أهمية الصحة النفسية للأم؟

بشكل عام، يخفّ الدعم العاطفي للأم بعد ولادة طفلها. فكل الاهتمام، ولا سيّما اهتمام الأسرة، يتّجه إلى صحة الطفل وحاجاته. قد تخجل الأم من الاعتراف بأنها غير راضية، خوفاً مما قد يظنه الآخرون عنها. لذلك ينبغي أن نولي اهتماماً خاصاً لعواطف الأم ومزاجها. فالأمراض التي تصيب المرأة بعد الولادة قد تدوم سنة كاملة وتؤثر على الأم وعلى الطفل. وقد تظهر عند الطفل مشكلات في النمو.

٤–٦–٣ كيف نتعامل مع هذه المشكلة؟

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على الزوج أو الأقرباء:

- متى لاحظت المشكلة؟ يختلف الوقت الذي يبدأ فيه الاضطراب النفسي بعد الولادة باختلاف أنواع هذه الاضطرابات.
- هل تعتني بطفلها كما يُتوقّع منها؟ في الحالات الحادة، قد تفقد الأم كل اهتمام بطفلها.
- هل كانت تبكي كثيراً مؤخراً؟ هذا مؤشّر نموذجيّ للإحباط الذي يلي الولادة.
- هل يبدو أنها فقدت الصلة مع الواقع؟ هل تتكلم مع نفسها أو مع أصوات وهميّة؟ إذا كان الجواب نعم، يُحتمل أن تكون مصابة بذهان.
- هل حصل هذا من قبل؟ غالباً ما يصيب الاكتئاب النساء اللواتي أصبن به سابقاً.
- هل تتكلم عن الانتحار؟ هل تتكلم عن إيذاء الطفل؟ هذه إشارات تدل على أن الاضطراب خطير جدّاً.

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على الأم

تفرض الفترة التي تلي الولادة على المرأة أن تستيقظ عدة مرّات في الليل لتهدّئ طفلها أو تغيّر له الحفاض، وهذا يؤثّر على نمط نومها ويتعبها. غالباً ما نرى عند المرأة غير المحبطة عدداً كبيراً من الأعراض الجسدية للاكتئاب، مثل التعب ومشكلات النوم. لذلك ينبغي أن نعتمد على الأعراض «الشعورية» و«الفكرية» لتحديد الاكتئاب Depression (راجع الفصل ٢). ينبغي أن نطرح الأسئلة الآتية لتحديد الاكتئاب:

- هل تشعرين مؤخراً بالحزن أو بالتعاسة؟
- هل لديك أمل في المستقبل؟
- هل كنت تشعرين بأنك ترغبين في إيذاء نفسك؟
- هل يمكنك أن تسعدي بالطفل؟

إذا اشتبهنا في الذهان، نطرح الأسئلة الآتية:

- هل كنت تجدين صعوبة في السيطرة على أفكارك مؤخراً؟
- هل كنت تشعرين بأنّ الآخرين يتحدثون عنك أو يحاولون إيذاءك؟
- هل كانت تراودك أفكار غريبة، فتشعرين مثلاً بأنك تتمتعين بقوى خارقة؟
- هل راودتك أفكار بإيذاء طفلك؟
- هل كنت تسمعين أصواتاً حتى عندما تكونين وحدك؟



على الآباء المساعدة في الاعتناء بأطفالهم

ماذا ينبغي أن نفعل حيال «الكآبة» (Blues)؟

- نطمئن الأم والأسرة إلى أنّ الأسى العاطفيّ هو حالة شائعة وموقتة.
- نطلب أن يساعد أحدٌ الأم في الاهتمام بالطفل في خلال هذه الأيام القليلة.
- يجب أن تحظى الأم بقدر كافٍ من الراحة.
- نتحدّث إلى الأم لتشاركنا قلقها ومخاوفها.
- إذا لم تتحسّن حال الأم في غضون أسبوع، نشدّد المراقبة عليها لأن هذا قد يكون دليلاً على أنّ الكآبة تتحوّل إلى اضطراب أكثر حدّة.

ماذا ينبغي أن نفعل حيال الاكتئاب الذي يلي الولادة؟

- نطمئن الأم والأسرة إلى أن الأعراض ناتجة من اضطراب عاطفيّ شائع. فالاضطراب قابل للعلاج ولن يسبّب الأذى طويل الأمد للأم أو للطفل.
- نطمئن الأم إلى أنها لن «تصاب بالجنون».
- نطلب من الأب أو الأقرباء أن يساعدوا الأم في رعاية الطفل.
- نتحدّث إلى الأم بشكل دوريّ عن الأعراض التي تحسّ بها والمخاوف التي تساورها.
- نعلّمها تمارين التنفّس، ونقول لها أن تمارسها مرتين يومياً (راجع القسم ٣-٢-٣).
- نحرص على أن تحصل على الطعام والراحة الكافيين.

- نشجّعها على حمل طفلها واللعب معه وإرضاعه.
- في حال كانت مشكلات النوم حادّة، نعطيها دواءً منوّماً، مثل لورازيبام lorazepam، أو نيترازيبام nitrazepam.
- إذا لم تتحسّن حالة الأم المحبطة في غضون أسبوع، أو إذا ساورتها رغبة في الانتحار، يمكننا أن نستعمل مضادات الإحباط أيضاً. أما الاختيار الآمن في الفترة ما بعد الولادة فهو فلويوكزيتين fluoxetine، ٢٠ ملغ يوميّاً، لمدة ستة أشهر على الأقل. (راجع الفصل ١١ عن الأدوية).

ماذا ينبغي أن نفعل حيال الذهان الذي يلي الولادة؟

- قد تحتاج الأم إلى دخول المستشفى لبضعة أيام. نحيلها على أقرب مستشفى «للأمراض» النفسية أو أيّ مستشفى آخر ملائم.
- نستعمل الأدوية المضادة للذهان للسيطرة على الاضطراب. يمكننا استعمال هالوبيريدول haloperidol، من ٥ إلى ١٠ ملغ يوميّاً، أو أي دواء آخر مضاد للذهان (راجع الفصل ١١). ويمكننا أن نعطيها أدوية منوّمة في الليل لتساعدها على النوم والاستراحة.
- ننصح الأسرة بألا تترك رعاية الطفل على عاتق الأم بينما تتناول الحبوب المضادة للذهان، بل نعلمها بأنه ينبغي أن يهتم به أحد الأقرباء ريثما تتحسّن حالة الأم.
- نسمح للأم بقضاء الوقت مع طفلها وبالتقرّب منه قدر ما تشاء هي. وعندما تبدأ بالتحسّن، نشجّعها تدريجيّاً على لعب دورها كأم.
- نواظب على اعطاء الدواء لمدة ستة أسابيع على الأقل.

متى ينبغي أن نحيل الأم على اختصاصيّ؟

ينبغي أن نحيل الأم على اختصاصيّ في الصحة النفسية في الحالات الآتية:

- إذا ظهرت أعراض ذهان.
- إذا لم يتوفّر لها الدعم العائليّ، وإذا كانت في خطر من الانتحار أو إيذاء الطفل.
- إذا سبق أن حاولت إيذاء الطفل.

ماذا نفعل بعدئذٍ؟

- نقابل الأم بشكل دوريّ إلى أن تتحسّن حالها. إذا كانت تتبع علاجاً بالأدوية، نقابلها على الأقل مرة كل أسبوعين إلى أن توقف الأدوية.
- نراقب صحة الأم النفسية عن كثب عندما تنجب طفلاً آخر. فالمشكلات الصحية النفسية قد تعود مع الولادات الأخرى.

راجع القسم ٩-٢-٢ للنصائح حول كيفية إدراج الرعاية الصحية النفسية في إطار الرعاية الصحية الإنجابية.

الإطار ٤-٩ ما ينبغي أن نتذكره عندما نتعامل مع المشكلات الصحية النفسية التي تلي الولادة.

- قد تصاب الأم بالإكتئاب أو بالذهان بعد ولادة طفلها.
- الإحباط الذي يلي الولادة هو حالة شائعة. وهو أكثر شيوعاً عند الأمهات اللواتي يعشن زواجاً غير سعيد أو اللواتي أمضيْن مخاضاً صعباً.
- غالباً ما تخفي الأم المشاعر والعواطف السلبية عن الآخرين، لأنّ المتوقّع منها هو أن تكون سعيدة وأن تلتزم برعاية طفلها.
- يمكن مساعدة معظم الأمهات بالإرشاد والأدوية المضادة للإكتئاب.
- يفضّل معالجة الذهان الذي يلي الولادة على يد اختصاصيين في وحدات خاصة. إذا لم يكن ذلك ممكناً، نعالجها بالأدوية المضادة للذهان، ونحرص على أن يساعدها الأقرباء في رعاية الطفل.

٤–٧ اضطراب السلوك عند كبار السن

تظهر العدوانية والتشوّش أحياناً عند كبار السن. قد يشكو الأقرباء أحياناً، ولكن ليس غالباً، من أنّ الشخص الكبير في السنّ يصدر عنه سلوك جنسيّ غير لائق، أو أنّه يطلب دائماً أن يخرج من المنزل مع أنه مشوّش الذهن. ثمة نوع آخر من السلوك المضطرب وهو عندما ينقطع الشخص بكل بساطة عن الحياة اليومية ويبدو أنه فقد الاهتمام بالأمور. ومع أنّ هذا العارض ليس «مزعجاً» للآخرين إلا أنه لا يقلّ أهمية عن أعراض المرض النفسيّ.

٤–٧–١ ما الذي قد يدفع كبير السن إلى أن يتصرّف هكذا؟

لاضطراب السلوك عند كبار السن أربعة أسباب:

- **الإكتئاب** (Depression)**.** المؤشّرات الأكثر شيوعاً على الإكتئاب عند كبار السن هي الانقطاع عن الحياة اليومية، وفقدان الشهية، وقلة النوم، والشكاوى الجسدية. وقد يصبح بعض الأشخاص هائجين وقد يفكرون في الانتحار.
- **الهذيان** (Delirium) **أو التشوّش.** المؤشر النموذجيّ للهذيان هو أنه اضطراب حاد. ويكون الاضطراب السلوكي قد بدأ قبل أيام. هذا الشخص قد يهلوس وقد يكون هائجاً.
- **الذهان (سايكوزيس).** الاضطرابات النفسية الحادة قد تؤدي إلى أفكار توهمية وهلوسات. وقد تصيب حالات الذهان أيضاً كبار السن الذين يعانون خرف الشيخوخة.
- **خرف الشيخوخة** (Dementia)**.** هو «مرضٌ» يصيب كبار السن بشكل أساسيّ، ولا سيما فوق الخامسة والستين من العمر. أولى إشارات المرض هي مشكلات الذاكرة. وعادةً يشخص العامل الصحي «المرض» بناءً على السلوك المضطرب. خرف الشيخوخة هو «مرض» تنحلّ فيه خلايا الدماغ شيئاً فشيئاً. حتى الآن لم يُكتشف له دواء، ومعظم المصابين به تسوء حالهم تدريجيّاً ويموتون بعد بضع سنوات. أما أبرز أسباب خرف الشيخوخة فهي الجلطات الدماغية، ومرض ألزهايمر.

٤–٧–٢– كيف نقرّر ما هي المشكلة؟

ينبغي أن نتخذ قرارين مهمين في التشخيص.

أوّلاً، ينبغي أن نحدّد أيّ واحد من الأسباب الأربعة هو وراء الاضطراب السلوكيّ. قد يأتي سببان معاً في بعض الأحيان، وخصوصاً في حال خرف الشيخوخة والهذيان (أو التشوّش)؛ وخرف الشيخوخة والذهان. أولى الأولويات هي أن نتأكد من أنّ الشخص ليس مشوّشاً، لأنّ الهذيان قد يهدّد الحياة ويمكن معالجته في معظم الأحيان. بعد أن نستبعد هذا الاحتمال، نعالج الشخص وكأنه مصاب بالاكتئاب. فإذا كان شكّنا في محلّه فسوف يشفى الشخص، وإلا فلن يؤذيه العلاج. وبعد التأكد من أنّ مشكلته ليست الاكتئاب ولا التشوّش، عندئذٍ يمكننا التفكير في احتمال خرف الشيخوخة. أحياناً، من الأفضل أن يعاين اختصاصيّ في الصحة النفسية الشخص الكبير في السنّ لكي يجري التشخيص الدقيق. وقد يساعد مسح الدماغ في تقصّي خرف الشيخوخة.

ثانياً، إذا كان الشخص مصاباً بخرف الشيخوخة، نتأكد من أنّ المسبّب ليس مشكلة طبية قابلة للعلاج. من المشكلات الطبية القابلة للعلاج التي قد تسبّب خرف الشيخوخة:

- مرض الغدّة الدرقيّة.
- الإصابات في الرأس التي تسبّب النزف البطيء في داخل الرأس.

- مرض الإيدز (في سنّ مبكرة).
- نقص في الفيتامين « ب ١٢ ».
- مرض الكلى أو الكبد المزمن.
- أورام الدماغ.

٤–٧–٣ مشكلات الذاكرة عند كبار السن: متى تكون هذه المشكلات غير طبيعية؟

يرتبط كبر السنّ بشرود الذهن، وفي الواقع، كلما كبرنا في السن، تلاشت قدراتنا الذهنيّة. ولكن هذا لا يعني أن ننسى من هم أقرباؤنا، أو أين نسكن، أو وقائع مهمة أخرى. ففقدان الذاكرة في خرف الشيخوخة، أكثر حدّة منه في الشيخوخة العاديّة. وبالتالي فإنّ الشخص المصاب بخرف الشيخوخة لا يتذكر ما فعله في اليوم السابق، ولا أسماء أقرب أقاربه، ولا عنوان سكنه. ومع اشتداد المرض قد ينسى اليوم أو الساعة، أو قد ينسى ما قاله لتوّه (فيقول الشيء نفسه أكثر من مرة)، أو حتى من هي زوجته ومن هو ابنه.

خرف الشيخوخة هو «مرض» تدريجيّ، ومراحله مذكورة في الإطار ٤–١٠. أما الإطار ٤–١١ فيناقش أهمية خرف الشيخوخة في البلدان النامية، على الرغم من النسبة الصغيرة لكبار السن في هذه البلدان.

الإطار ٤–١٠ مراحل خرف الشيخوخة Dementia

المرحلة الابتدائية. قد يبدو الشخص مشوشاً وينسى الأمور التي حصلت لتوّها. ويصبح من الصعب عليه التركيز واتخاذ القرارات. قد يفقد الاهتمام بنشاطاته الاعتيادية. ويعتبر معظم العائلات (والعاملون الصحيون أيضاً) هذه المرحلة جزءاً من الشيخوخة «الطبيعية».

المرحلة المتوسّطة. يزداد التشوّش والنسيان وتقلّب المزاج حدةً. قد تظهر اضطرابات سلوكية مثل العدوانية والمشكلات الجنسية. قد يخرج كبير السن من المنزل، ويضطرب نومه، ويصبح غير قادر تماماً على الاعتناء بنفسه. وقد يستحيل عليه القيام بأبسط الأمور مثل ارتداء ثيابه. وقد يواجه صعوبة في التحدّث وفي فهم الأحاديث اليومية.

المرحلة المتقدّمة. يصبح الشخص غير قادر إطلاقاً على التعرّف إلى الأقرباء أو الأصدقاء. وقد يشكو من خسارة الوزن، وحدوث النوبات، وعدم السيطرة على عمليّتَي التبوّل والتغوّط. يصبح شبه مستحيل أن تتحدّث معه في موضوع دقيق. وقد يبدو مشوّشاً طوال الوقت. غالباً ما يكون الموت قريباً بعد هذه المرحلة، ولا سيّما نتيجة ذات الرئة، أو التهابات أخرى.

الإطار ٤–١١ خرف الشيخوخة في البلدان النامية: ما أهميته؟

إن السبب الأكثر شيوعاً لخرف الشيخوخة هو مرض ألزهايمر. وهذا الارتباط معروف بشكل خاص في البلدان المتقدمة في أوروبا، وأميركا الشمالية، واليابان. لماذا؟ لأن نسبة كبار السن في هذه البلدان مرتفعة. أمّا في البلدان النامية، فنسبة كبار السن قليلة مقارنة مع نسبة الأطفال. وتتغير هذه المعادلة اليوم مع انخفاض معدلات الولادات وارتفاع المعدّل المتوقّع لعمر الإنسان. وهذا يعني أنّ خرف الشيخوخة سيصبح أكثر شيوعاً في المستقبل مع ارتفاع عدد الأشخاص الذين يعيشون حتى سن الشيخوخة. في معظم البلدان المتقدمة، تتوفر أجهزة منظمة للرعاية الاجتماعية والصحية تُعنى بتقديم الدعم لكبار السن وعائلاتهم في خلال فترة خرف الشيخوخة الطويلة والصعبة. غير أنّ هذا النظام ليس متوفّراً في معظم البلدان النامية. لذلك فإن المجتمعات سوف تواجه تزايداً في عدد الأشخاص المصابين بخرف الشيخوخة من دون أن تكون متحضّرة لخدمتهم. لذلك يُعتبر خرف الشيوخة مشكلة مهمة بالنسبة إلى العاملين الصحيين في البلدان النامية.

٤–٧–٤ متى ينبغي أن نشكّ في احتمال خرف الشيخوخة؟

ينبغي أن نشتبه في احتمال الاصابة بخرف الشيخوخة عند الشخص الذي:
- يُحضَر إلى العيادة بسبب شكاوى من سلوكه.
- ينسى أموراً أكثر من العادة.
- يبدو مشوّشاً أو هائجاً أو عدوانيّاً منذ أكثر من شهر.

٤–٧–٥ كيف يؤثر خرف الشيخوخة على الأسرة؟

يُعامَل كبار السن باحترام ومحبة في معظم العائلات. وعندما يبدأ كبير السن بالتصرف بطريقة غير اعتيادية، يسبّب ذلك للأسرة الكثيرَ من الأسى. قد ينسى الشخص من هم أقرب أقربائه. ويواجه المسؤولون عن رعايته صعوبة كبيرة في التعامل مع السلوك العدوانيّ، والتشوّش والاضطراب، والسلوك الجنسي غير اللائق. ومع تراجع حالة المريض، يفقد تدريجيّاً القدرة على الاعتناء بنفسه. وفي وقت قصير، يصبح من المستحيل عليه أن يقوم بكل النشاطات اليومية، مثل الأكل، والاستحمام، وارتداء الثياب، وقضاء الحاجات الأساسية، من دون مساعدة المسؤولين عن الرعاية. وفي المراحل الأخيرة «للمرض»، يصبح «المريض» طريح الفراش دائماً ويحتاج إلى الرعاية المستمرّة. يمكننا أن نتصوّر مدى تأثير هذا المرض، علماً أنّ خرف الشيخوخة قد يدوم من خمس إلى عشر سنوات.

٤–٧–٦ ما أهمية تشخيص خرف الشيخوخة؟

تماماً كما هي الحال بالنسبة إلى الاضطرابات الأخرى، عندما نعرف لماذا يتصرّف الشخص الذي نحبه بطريقة غريبة، قد يخفّف ذلك من العبء والضغط الذي ينتج عنه. يمكن تعليم الأشخاص الذين سيتولون رعاية المريض ما ينبغي أن يتوقعوا للسنوات المقبلة وكيف يخططون للمستقبل. وتجدر الإشارة إلى أنّ عدداً قليلاً من حالات خرف الشيخوخة عند كبار السن ينتج من مرض قابل للعلاج، مثل قصور في عمل الغدة الدرقيّة. وثمة دافع آخر للقيام بتشخيص دقيق، وهو التأكد من أنّ الشخص لا يعاني الإحباط، وهو «المرض» الآخر الذي يمكن أن يظهر عند كبار السن وهو أيضاً قابل للعلاج والشفاء.

٤–٧–٧ كيف نتعامل مع هذه المشكلة؟

خرف الشيخوخة هو اضطراب يتطوّر وينتهي بالموت. لذلك فمن الضروريّ ألا نجزم أنّ الشخص مصاب بخرف الشيخوخة إلا في حال وجود الإثباتات الأكيدة (كما هو مفصّل أدناه).

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على الأسرة أو الأصدقاء
- متى لاحظت المشكلة؟ غالباً ما يتذكّر الأقرباء عارضاً حصل قبل إحضار «المريض» إلى العيادة بأشهر أو بسنوات.
- كيف بدأ المرض؟ هل يواجه الشخص صعوبة في تذكّر بعض الأمور، مثل الأسماء أو تاريخ اليوم؟ مشكلات الذاكرة هي الأعراض الكلاسيكية لخرف الشيخوخة، ولكنها قد تظهر في الإكتئاب أيضاً.
- هل يواجه صعوبة في إتمام النشاطات اليومية مثل الأكل والاستحمام؟ إذا كان الجواب نعم، فهذا دليل على خرف الشيخوخة.
- هل يتصرّف بطريقة غريبة؟ مثلاً، هل يصبح عدوانيّاً أو هائجاً؟ هذه الأعراض هي أيضاً أكثر ارتباطاً بخرف الشيخوخة.
- هل يبدو حزيناً أو غير مهتم بالحياة اليومية أخيراً؟ هذه الأعراض النموذجية للإكتئاب، ولكنها قد تظهر أيضاً في خرف الشيخوخة.

- هل في سجله اضطراب نفسيّ سابق؟ إذا عانى الشخص من الإكتئاب في الماضي، فالأرجح أن يعاوده الإكتئاب.
- من هو الشخص الذي يهتم برعاية كبير السن؟ كيف يتكيّف مع الوضع؟ الشخص المسؤول عن الرعاية غالباً ما يحتاج إلى الإرشاد، وإذا سألناه عما يمرّ به فسيساعدك ذلك في معرفة حاجاته.

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على كبير السن

- اسمي هو... أودّ أن تكرّر ذلك. والآن حاول أن تتذكر اسمي لو سمحت. هذه الأسئلة تساعدنا لنتأكد من قدرة الشخص على تذكّر المعلومات الجديدة.
- هل يمكنك أن تقول لي في أيّ يوم من الأسبوع نحن؟ في أيّ سنة؟ هذا يساعد على التأكد من معرفة الوجهة الزمنية.
- هل يمكنك أن تقول لنا ما هو هذا المكان؟ مثلاً إنّ هذه عيادة. أين هو هذا المكان؟ هذا للتأكد من معرفة الوجهة المكانية.
- هل يمكنك أن تقول لنا ماذا أكلت عند وجبتك الأخيرة؟ هذا لاختبار القدرة على تذكّر الأحداث غير البعيدة.
- والآن، هل يمكنك أن تقول لنا ما هو اسمي؟ هذا السؤال لنعرف إن كان الشخص يتذكر اسمك وقد قلته له منذ قليل.
- إذا بدا أن الشخص يفهم الأسئلة جيّداً إلى حدّ ما، ينبغي أن نطرح عليه الأسئلة حول المشاعر والعواطف (راجع الأسئلة لتشخيص الإكتئاب في الفصل ٢).

نصائح للمقابلة

حتى إذا بدا الشخص الكبير في السن ضعيف الذاكرة ومشوّشاً، من المهم جدّاً أن تعرّفه بنفسك. فذلك سيفيد في إعطاء الشخص فكرة عن مكان وجوده وعن الشخص الذي يتحدّث معه. قابِله بحضور أحد أقربائه، ليشرح بعض الأسئلة التي يعجز الشخص عن الإجابة عنها.

ماذا ينبغي أن تفعل على الفور؟

- إذا كان الشخص يعاني الإحباط أو الذهان أو التشوّش، نعالجه كما لو كان شخصاً بالغاً أصغر سنّاً (راجع الأقسام ٤–٢، و ٤–٣، و ٤–٤). ولكن تذكّر أن كبير السن يحتاج إلى كميات أقل بكثير من الأدوية.
- نشرح للمسؤول عن الرعاية ما ينبغي أن يعرفه عن خرف الشيخوخة، وما يجب أن يتوقعه. أوضح له أنّه على الرغم من تعذّر العلاج، يمكن القيام بأمور كثيرة لتأمين الراحة لكبير السن ولتخفيف الضغط عن المسؤول عن الرعاية.
- نقدم النصائح العملية عن الرعاية والأفكار المفيدة في التعامل مع السلوك المضطرب (راجع الإطار ٤–١٢ الذي ينطبق على مسؤولي الرعاية وعلى الاختصاصيين الصحيين).
- في حالات الاضطراب السلوكي البالغ، يمكن أن تساعد الأدوية كثيراً في تهدئة كبير السنّ. هالوبيريدول haloperidol مفيد في هذه الحالة. نبدأ بجرعة من ٠,٢٥ ملغ مرتين يوميّاً، ونزيدها إذا دعت الحاجة، إلى أن تبلغ ٢ ملغ مرتين يوميّاً.
- النوم الجيد في الليل مفيد لكبير السنّ. وفي حال اضطراب النوم، يمكننا استعمال لورازيبام lorazepam، من ٠,٥ إلى ١ ملغ، ليلاً.
- في عدة بلدان، تُباع «منشطات للدماغ»، لتنشيط الذاكرة ووظيفة الدماغ. ولكن لا يوجد إثبات على فعاليتها. لا نستعمل أيّ منشطات من هذا النوع. (راجع القسم الرابع).

الإطار ٤–١٢– أفكار عملية للتعامل مع السلوك المضطرب في خرف الشيخوخة

أفكار عامة

- نضع جدول أعمال رتيباً يتكرر كل يوم. هذا سوف يبسط الأمور لأننا نعرف من خلاله ما هي النشاطات التي ينبغي القيام بها، وكم مرّة في اليوم، وفي أيّ وقت، إلخ...



- نعطي الشخص الكبير في السنّ استقلاليته قدر الإمكان. مثلاً، كثيرون من كبار السن يستطيعون تناول طعامهم وحدهم، حتى إن كانوا بطيئين.
- لا ننسى أبداً أنّ لكبير السنّ كرامته. لا نتكلم عنه بطريقة سلبية في حضوره.
- نحرص على خصوصيته في أثناء النشاطات الحميمة، مثل الاستحمام.
- نتجنّب معارضته ومجادلته.
- نبسّط الأمور دائماً.
- نضحك مع الشخص الكبير في السنّ (ولا نضحك عليه أبداً).
- نساعده على إعطاء أفضل ما عنده من خلال قدراته. نحاول إيجاد أعمال بسيطة يمكنه القيام بها وقد تكون في الوقت نفسه تمارين بدنيّة له.
- نتأكد من أنّ نظارتيه صحيحتان.
- نتكلم ببطء وبوضوح. إذا لم يفهم الشخص الكبير في السن، نحاول أن نعيد ما قلناه بكلمات أبسط وبجمل أقصر.
- نظهر له المحبة والعطف كلما استطعنا. فمعانقته مرّة واحدة تساوي مئة حبّة دواء!
- نستعمل الحيل والألاعيب لمساعدة ذاكرته، مثل وضع اللافتات على الأبواب لتوجيهه إلى الحمام، أو وضع لوح في غرفته يُكتب عليه اليوم والتاريخ كلّ صباح.
- نتجنّب الأدوية غير الضروريّة.

الاستحمام والنظافة الشخصية

- الاستقلاليّة: ندعه يقوم بكل ما يقدر عليه بدون مساعدة.
- الكرامة: نحمّمه وهو يرتدي سرواله الداخليّ.
- السلامة: كرسيّ يجلس عليه في أثناء الاستحمام، وحصيرة غير قابلة للانزلاق على الأرض الرطبة، مثلاً.

قضاء الحاجات الأساسية

- ندخله إلى الحمام في أوقات معيّنة لتصبح عادة.
- نستعمل ملابس سهلة النزع والارتداء.
- نخفّف من الشرب في أوقات النوم.
- نضع له وعاءً للتبول ليلاً.
- يمكن الحصول على حفاضات خاصّة للتبوّل والتغوّط اللاإراديّين.



الإطعام والأكل

- نستعمل الأطعمة المتوفّرة على شكل أصابع.
- نقطّع الطعام إلى قطع صغيرة، بحجم اللقمة
- لا نقدّم له الطعام ساخناً جدّاً.
- نذكّر الشخص كيف ينبغي أن يأكل (باليدين أو باستعمال الشوكة والسكين والملعقة).
- إذا كان يواجه صعوبة في ابتلاع الطعام، نحيله على اختصاصيّ
- نخلط الطعام ونقدّمه له جاهزاً للأكل (مثلاً، نخلط صلصة الخضار مع الأرزّ).

الظنّ والغضب

- لا نجادله إذا بدأ جدالاً، بل نحافظ على هدوئنا.
- نحاول أن نريحه، نمسك يديه بثقة ونكلّمه بلطف.
- نحوّل انتباهه إلى شيء آخر في الغرفة لنلهيه عن الجدال.
- نحاول أن نعرف ما الذي أثار غضبه، ونحاول تجنّب هذا السبب في المستقبل.
- نفكّر في استعمال الأدوية مثل هالوبيريدول haloperidol.



الخروج من المنزل

- نستعمل سواراً أو عقداً للتعريف عنه.
- نبقي أبواب البيت موصدة.
- عندما نجده بعد أن نضيعه، لا نظهر أي غضب.

- إنّ رعاية شخص كبير السن يعاني خرف الشيخوخة يمكن أن تسبّب الكثير من الضغط. في القسم ٩–١٠، نصائح يمكننا أن نعطيها لمسؤول الرعاية للتعامل مع هذا الضغط.
- نحيل مسؤول الرعاية على مجموعة دعم للعائلات المتأثّرة بمرض ألزهايمر Alzheimer>s disease. وتتوفّر مجموعات الدعم هذه أكثر فأكثر في عدّة بلدان (راجع القسم ١٠–١، والفصل ١٢).

متى ينبغي أن نحيل الشخص على اختصاصيّ؟

- إذا كنا غير متأكدين من سبب المشكلة، نحيله فوراً.
- عندما لا يستطيع مسؤول الرعاية القيام بكلّ الأمور وحده.
- عندما تصبح المشكلات الصحيّة الجسدية خطيرة.

ماذا نفعل بعدئذٍ؟

نحدّد موعداً لزيارة الأسرة في المنزل، فذلك سيساعدنا في فهم حاجاتهم بشكل أفضل. في حال أعطينا الدواء، نراقب الآثار الجانبيّة والتحسّن الذي أُحرز. نزيد الجرعة بحسب الحاجة، ولكن نتذكّر دائماً أنّ كبار السنّ أشدّ حساسيّة تجاه الآثار الجانبيّة. وكلّما ساءت حال الشخص المصاب بخرف الشيخوخة، سنحتاج إلى تكثيف الدعم والإرشاد لمسؤول الرعاية.

الإطار ٤–١٣ ما ينبغي أن نتذكره عندما نتعامل مع شخص كبير في السن يعاني اضطراباً سلوكيّاً

- يمكن أن يكون اضطراب السلوك عند كبار السن ناتجاً عن خرف الشيخوخة، أو الذهان، أو التشوّش، أو الاكتئاب. من المهم أن نحاول التأكد من وجود الاكتئاب، أو الذهان، أو التشوّش، لأنّ هذه المشكلات ينبغي معالجتها أوّلاً.
- السبب الأكثر شيوعاً لخرف الشيخوخة هو مرض ألزهايمر، وليس له علاج حتى الآن.
- الطريقة الوحيدة لتخفيف عبء الرعاية هي بتقديم الدعم العاطفي والأدوية اللازمة للمشكلات السلوكية.
- الجرعة التي ينبغي أن تُعطى لكبار السن من معظم الأدوية تساوي ما بين ثلث وربع الجرعة التي تُعطى للبالغين الأصغر سنّاً.

الفصل الخامس

الأعراض التي ليس لها تفسير طبي

يتناول هذا الفصل المشكلات العياديّة المرتبطة عادةً بحالات الاكتئاب والقلق. فالاكتئاب والقلق هما من الاضطرابات النفسيّة الشائعة ولهما أهمية أيضاً بالنسبة إلى مشكلات عياديّة أخرى تظهر مثلا في حالة الأشخاص الذين يفكرون في الانتحار (راجع القسم ٤-٤) أو الأشخاص الذين يتعرضون للعنف أو الذين يفقدون شخصاً عزيزاً (راجع الفصل ٧) أو الأشخاص الذين يكثرون من استهلاك الكحول (راجع القسم ٦-١). يفسّر الفصل الثاني كيف يمكن تقصّي الاكتئاب والقلق، أما الفصل الثالث فيعطي التفاصيل الدقيقة حول العلاج النفسي والعلاج من خلال الأدوية لهذين الاضطرابين. وفي ما يأتي موجز عن الخيارات العلاجية:

- **زيادة معرفة الشخص وطمأنته:** نشرح للشخص أنه يعاني اضطرابا نفسيّاً شائعاً وقابلاًللعلاج. فهذا الاضطراب هو السبب لما يشكو منه. والمرض النفسي لا يعني أنه سوف «يصاب بالجنون». ينبغي عدم الإشارة إلى هذه الفكرة (ربط المرض النفس بالجنون) إلا إذا لمسنا لدى الفرد خوفا من الجنون.
- **النصائح حول الأعراض الشائعة:** نعطي الشخص النصائح حول الشكاوى الشائعة المتعلّقة عادةًبالاكتئاب والقلق، مثل التعب ومشكلات النوم والمشكلات الجنسية. وسوف تجد في هذا الفصل التفاصيل حول كيفية التعامل مع بعض الشكاوى المعينة.
- **التدريب على الاسترخاء** (راجع الفصل ٣).
- **مهارات حلّ المشكلات:** هو شكل بسيط من أشكال الإرشاد، يساعد الشخص في تحديد المشكلات المختلفة التي تواجهه لكي يحاول بعدئذٍ أن يحلّ المشكلات الأهمّ بالنسبة إليه.
- **التفكير الإيجابيّ** (راجع الإطار ٥-١).
- **العلاج الطبيّ:** الأدوية المضادة للاكتئاب هي من الوسائل العلاجية الفعّالة في حالات الاكتئاب والقلق. نراجع الفصل ١١ للحصول على مزيد من المعلومات ولإدخال المعلومات عن أدوية معينة متوفّرة في بلدك.

٥-١ الشخص الذي يشكو من عدة أعراض جسدية

غالباً ما تكون الشكاوى الجسدية هي الدوافع لكي يزور الفرد عاملاً صحيّاً أو طبيباً. يمكن تفسير معظم الأعراض بأنها مشكلات طبية، مثل ارتفاع الحرارة والسعال. غير أن بعض الشكاوى ليس لها تفسير طبيّ في معظم الأحيان (أنظر الشكاوى النفس-جسدية). ومن هذه الشكاوى مثلاً:

- آلام الرأس.
- الآلام والأوجاع في الجسم كلّه.
- الألم في الصدر.
- زيادة نبضات القلب.
- الدوار.
- الألم في أسفل الظهر.
- الألم في البطن.
- صعوبة في التنفّس.

الإطار ٥–١– التفكير الإيجابيّ: طريقة مختلفة للنظر إلى الحياة

من الأسباب الأساسية التي تدفع بالأشخاص إلى الإحباط عندما تواجههم ظروف صعبة، أنهم يرون الحياة بطريقة سلبيّة. فمن المفيد جدّاً في التعامل مع هؤلاء الأشخاص أن نتعرّف إلى هذا التفكير السلبيّ عندهم (خاصة مع الشخص الذي حاول الانتحار)، وتشجيعهم على رؤية الوضع نفسه بطريقة إيجابية. وفي ما يأتي بعض الأمثلة على التفكير السلبيّ والإيجابيّ (التفكير الإيجابيّ مطبوع بالخط المائل):

إذا لم يحبّني شخصٌ ما، فهذا يعني أنّ ثمّة مشكلة عندي أنا.

معظم الأشخاص الذين أعرفهم يحبّونني. فإذا لم يحبّني شخصٌ ما، هذا لا يعني أنّ ثمة مشكلة عندي أنا.

سوف أشعر بالبؤس دائماً. لن يتغيّر أيّ شيء في حياتي.

هذه أحاسيس موقتة. إنني أشعر هكذا لأنني لست بخير. أما إذا تحدّثت إلى العامل الصحيّ، وتناولت دوائي، وحاولت أن أحلّ مشكلاتي، فسوف أشعر بتحسّن.

لقد رسبت في الامتحان وهذا خطأي. لا أستحقّ أن أعيش.

أيّ شخص قد يرسب في الامتحان. عليّ ان أدرس أكثر وسوف أنجح بالتأكيد في المرّة المقبلة.

علينا أن نجرّب الخطوات التالية لمساعدة الشخص على التفكير بطريقة أكثر إيجابيّة:

- ندرّب الشخص على كيفية ملاحظة هذا التفكير السلبيّ الذي يراوده ويُشعره بالحزن.
- ينبغي أن يسأل نفسه: «هل ما أفكّر فيه حقيقيّ؟" وللإجابة عن هذا السؤال يمكنه التحدّث إلى من يثق به من أصدقائه أو أقربائه. وينبغي أن يسأل نفسه: «لو كان شخصٌ آخر في الحالة نفسها، فهل سيفكّر مثلي؟"
- عند ذلك، نشجعه على إيجاد طرق بديلة للتفكير. وللحصول على النتيجة الفضلى، نطبّق هذه النصائح على ظرف واجه الشخص منذ زمن غير بعيد، ونفكّر فيه بطريقة سلبيّة، وليكن ذلك مثلاً له.

فلنأخذ مثلاً شخصاً لم يتمّ اختياره لوظيفة معيّنة، وفكّر بالطريقة التالية:



أنا غير نافع لن أحصل أبداً على وظيفة



سأبقى دائماً عاطلاً عن العمل وفقيراً. ولن تتزوج بي أيّ فتاة إذا كنت بدون عمل

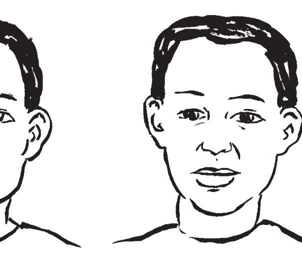
الأفضل لي أن أضع حدّاً لحياتي

من البديهيّ أن تكون النتيجة العاطفية لهذا التفكير هي الحزن والاكتئاب

والآن، لننظر إلى طرق بديلة في التعاطي مع الظرف نفسه



ثمّة أزمة عمل، وأشخاص كثيرون يجدون صعوبة في الحصول على وظيفة



يبدو أنّني لم أكتب طلب العمل كما يجب، وعليّ أن أطلب مساعدة شخص ما قبل أن أقدّم طلباً آخر



صحيحٌ أنني لم أحصل على هذه الوظيفة، ولكن سأحظى بفرصٍ أخرى. فلقد شغلت وظائف في الماضي وكنت ناجحاً

لا بدّ من أن تكون العواطف الناتجة عن هذا التفكير أكثر أملاً وتشجيعاً

٥–١–١ كيف ترتبط الشكاوى الجسدية بالصحة النفسيّة؟

يرتبط الاضطراب النفسيّ بالشكاوى الجسدية ارتباطاً وثيقاً. فالأشخاص الذين يعانون مشكلات صحية نفسية يحضرون إليك حاملين شكاوى جسدية، وذلك لعدّة أسباب:

- بسبب التوتّر والانشغال الفكريّ، قد يُبقي الشخص عضلاته متشنجة لمدّة طويلة، الأمر الذي يسبّب ارتخاءً وألماً في العضل. مثال على ذلك، ألم الرأس المرتبط بالتوتّر، نتيجة تشنّج عضل العنق عندما يكون الشخص مشغول الفكر.
- عندما يعاني الشخص القلق أو الاكتئاب، تحدث تغيّرات كيميائية في جسمه. ومن هذه التغيّرات، إفراز مادة الأدرينالين، وهي مادة يفرزها الجسم عادةً عندما يمارس الشخص الرياضة أو عندما يكون خائفاً. وهذا يسبّب شكاوى مثل تسارع نبضات القلب وألم في الصدر.
- عندما يكون الشخص متوتّراً يتنفّس بسرعة أكبر من العادة، ما يؤدّي إلى تغيّر معدّل كلٍّ من الأكسيجين وثاني أكسيد الكربون في الدم. وهذه التغيّرات قد تؤدّي بدورها إلى أعراض مثل الدوار، وتسارع نبضات القلب، ووخز أو تخدّر أصابع اليدين والرجلين، والشعور بالاختناق وضيق التنفّس. وهذا ما يحدث في أثناء نوبة الذعر (راجع القسم ٥–٢).
- قد تؤدّي الكحول إلى شكاوى جسدية، لأنّ تناولها بكميات كبيرة يسبّب تسمّماً في الكبد وأعضاء أخرى (راجع القسم ٦–١).
- يشعر الأشخاص بأنهم إذا أخبروا العامل الصحيّ أنّ مشكلتهم الأساسيّة هي عاطفيّة، وقد لا يساعدهم. لذلك، يشدّدون أكثر على الشكاوى البدنيّة للحصول على الاهتمام الطبيّ.
- إن عدة لغات تصف المعاناة والألم العاطفي بكلمات ماديّة. ففي اللغة الإنكليزيّة مثلاً، يقال «قلبي ثقيل» بمعنى «أنا حزين». وبالتالي فإنّ العارض الجسدي هو بكلّ بساطة طريقة مختلفة لوصف الألم النفسيّ. من التعابير المستعملة في البلدان العربية لوصف المعاناة النفسية: «قلبي مكسور» و«مخنوق» ومهدود الحيل»...
- الأمراض المؤلمة، مثل التهاب المفاصل، قد تسبّب التعاسة للشخص وتشغل فكره. وهنا، المرض الجسدي هو سبب المعاناة، ولكنه يؤثّر في صحة الشخص النفسية. والشعور بالإحباط يصعّب على الشخص تحمّل الألم الناتج عن «المرض».

٥–١–٢ متى ينبغي أن نشتبه في أنّ الشكاوى الجسدية مرتبطة باضطراب نفسيّ؟

ينبغي أن نشتبه في وجود اضطراب نفسيّ خصوصاً عند شخص:

- يشكو من أكثر من ثلاثة أعراض.
- يشكو من أعراض لا تدخل كلّها في إطار توصيف محدّد لمرض جسدي واحد.
- يشكو من الأعراض منذ أكثر من ثلاثة أشهر.
- قد استشار عاملين صحيين أكثر من مرّة بسبب الأعراض نفسها.
- خضع لفحوصات واختبارات جاءت بنتيجة طبيعية.

٥–١–٣ كيف نتعامل مع هذه المشكلة؟

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على الشخص الذي يشكو من أعراض مختلفة

- متى بدأت المشكلة؟ كلما طالت مدة الأعراض، زاد احتمال أن تكون مرتبطة باضطراب نفسيّ.
- كيف كانت حالتك العاطفية مؤخرا؟ هل كنت مشغول البال على أمر ما؟ هل كنت تشعر بالتعاسة؟ هل فقدت الاهتمام بالحياة اليومية؟ نطرح الأسئلة التي تساعد في تحديد الاكتئاب والقلق (راجع الفصل ٢).
- هل تشرب الكحول؟ إذا كان الجواب «نعم»، نطرح الأسئلة المتعلّقة بمشكلات الشرب (راجع القسم ٦–١).
- ما الذي سبّب ظهور هذه الأعراض برأيك؟ وجهة نظر الشخص حيال مرضه قد تكون طريقة مفيدة لنتأكد مما إذا كانت المشكلة عاطفية.

ما يجب أن نلاحظه في أثناء المقابلة

- إذا كان يبدو على وجه الشخص الانشغال الفكري والتوتّر.
- إذا كانت عنده إشارات مرض جسدي و/أو نقص أو زيادة في الوزن.





ماذا ينبغي أن نفعل على الفور؟

- نتأكد من أنّ الشخص لا يعاني مرضاً جسدياً قبل أن نجزم أنّ الشكاوى ناتجة من اضطراب نفسيّ.
- نطمئن الشخص إلى أنّه لا يعاني مرضاً جسديا خطيراً يهدّد حياته. ولكن هذا لا يعني أنه لا يعاني مرضاً آخر.
- نشرح له العلاقة بين التجارب والأحاسيس الجسدية والعواطف.
- نشرح له أنّه لا يحتاج في الوقت الحاضر إلى الخضوع لفحوصات أو اختبارات أخرى.
- نحاول أن نتجنّب استعمال التسميات مثل «مرض نفسيّ»، لأن ذلك سيغيظه. ففي النهاية، معظم الأشخاص (بمن فيهم العاملون الصحيون) لا يربطون بعض الشكاوى، مثل ألم الرأس، بالمرض النفسيّ. يمكننا أن نستعيض عن هذه التسمية بأن نقول «إنّ الأعراض التي تشكين منها تزداد سوءاً بسبب توتّرك وانشغال فكرك. فقد كان فكرك مشغولاً لأنّ زوجك يعاقر الكحول، وهذا قد يسبّب لك ألماً في الرأس وتسارعاً في القلب».
- ندرّب الشخص على تمارين الاسترخاء (والتنفّس) وتقنية حلّ المشكلات (راجع القسم ٣–٢–٥).
- نشجع الشخص على ممارسة بعض الأنشطة الجسدية أو الرياضية مثل المشي والتسوّق والأعمال المنزليّة ولا سيّما إذا كان قد توقّف عن ممارسة هذه الأنشطة.
- لا نصف له الفيتامينات أو الأدوية المسكنة للأوجاع إلا إذا بدا واضحاً أنه يعاني سوء التغذية أو مرضاً جسديا مؤلماً.
- في الحالات الآتية، يمكنك استعمال الأدوية المضادة للاكتئاب antidepressants (راجع الفصل ١١):
  - إذا ظهرت عند الشخص أعراض واضحة للاكتئاب ، وخصوصاً إذا ترافقت مع تفكير في الانتحار أو نقص في الوزن أو اضطرابات في النوم.
  - إذا كان الشخص يشكو من نوبات ذعر وأعراض قلق حادة.
  - إذا لم يتوفّر لدينا الوقت لنقدّم له الإرشاد، ففضّلنا أن نعتمد على الأدوية. (ولكن تبقى الأفضلية لإعطاء الوقت أولا لمحادثة «المريض» وفهم المشكلة، وعدم التسرّع في وصف الأدوية).

متى ينبغي أن نحيل الشخص على اختصاصيّ؟

- إذا لم نكن متأكدين من احتمال وجود «مرض» جسدي، ينبغي أن نحيل الشخص على اختصاصيّ لنحصل على رأي آخر في الموضوع. فبعض «الأمراض» الجسدية قد يسبّب أعراضاً جسدية متعددة ومزمنة، بالإضافة إلى الآثار الانفعالية. ومن الأمثلة على هذه الأمراض، التهاب المفاصل ومرض السكري واضطرابات الغدد الدرقية.
- إذا كان الشخص يشكو من حالة حادّة من الاكتئاب والتفكير الانتحاريّ، نحيله على اختصاصيّ في الصحة النفسية.
- إنّ عدداً كبيراً من الأشخاص الذين يعانون الاكتئاب يشكون من مشكلات اجتماعية وشخصية يصعب حلّها في العيادة. فنحيل هؤلاء الأشخاص إلى مراكز أخرى (راجع الفصل ١٢).

ماذا نفعل بعدئذٍ؟

نعاين الشخص بعد أسبوع ومن ثمّ دوريّاً (مرة كل أسبوعين تقريباً). هذا سيخفّف انشغال فكره فيطمئن إلى أنّه يحصل على الاهتمام الكافي بمشكلته. وسيساعده ذلك أيضاً على تعزيز ثقته بنا، ومتى ارتاح لنا، سوف يستطيع التعبير عن بعض المشاعر التي لم يجرؤ على إظهارها في البداية.

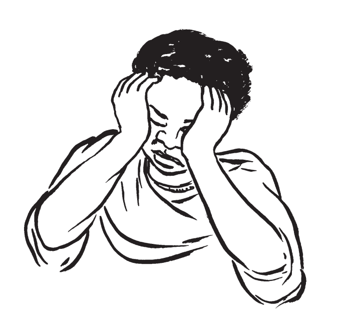
الإطار ٥–٢ ما ينبغي أن نتذكره عندما نتعامل مع شخص يشكو من أعراض مختلفة

- غالباً ما يحضر إلى عيادات الصحة العامة أشخاص يشكون من أعراض جسدية متعددة من دون سبب عضوي واضح. من هذه الأعراض، التعب، والدوار، والآلام والأوجاع، وتسارع نبضات القلب.
- الاكتئاب والقلق وكثرة استهلاك الكحول هي أسباب مهمة لهذه الشكاوى الجسدية غير المفسّرة طبيّاً.
- قبل أن نجزم أن الشخص لا يعاني أيّ مرض، نفكّر في احتمال وجود مشكلة نفسية أو معاناة اجتماعية.
- إذا اشتبهنا في ما إذا كانت الأعراض ناتجة من مرض جسدي، نحيل الشخص إلى اختصاصيّ للحصول على رأي آخر. ولكن إذا كان الشخص قد خضع لعدة فحوصات واختبارات، قد يكون من غير الضروريّ أن نطلب المزيد.
- نتجنب الأدوية المسكّنة، أوالفيتامينات، أو الأدوية المنوّمة، إذا كانت غير ضرورية. نعالج المشكلة وأسبابها، وهذا سيخفف من حدة الأعراض.

٥–٢ الشخص الذي ينشغل فكره أو يخاف أو يشعر بالذعر

الانشغال الفكريّ يعني أنّ الشخص يفكر أكثر من اللزوم بأمور مزعجة سوف تحصل في المستقبل. ومن الدوافع الشائعة للانشغال الفكري: المشكلات المادية والعلاقات الصعبة ومستقبل الأولاد وصحتهم وسلامتهم. كلنا نشغل فكرنا أحياناً بأمور معينة، ولكن عندما يصبح الانشغال الفكريّ حالةً مستمرّة، وأعظم نسبيّاً من المشكلة التي يمرّ بها الشخص ويؤثّر في أعماله اليومية، عندئذٍ سوف يؤثّر على صحته. فالانشغال الفكريّ المفرط قد يصبح مرضياً ويمنع الإنسان من التفكير بوضوح وحلّ مشكلاته. الاكتئاب والقلق هما سببان مهمان لهذا الانشغال الفكري الزائد.





كلنا تشغل فكرَنا أمورٌ في الحياة، ولكن إذا لم يجد الشخص حلاً لما يشغل فكره، قد يصبح انشغال فكره مرضياً.



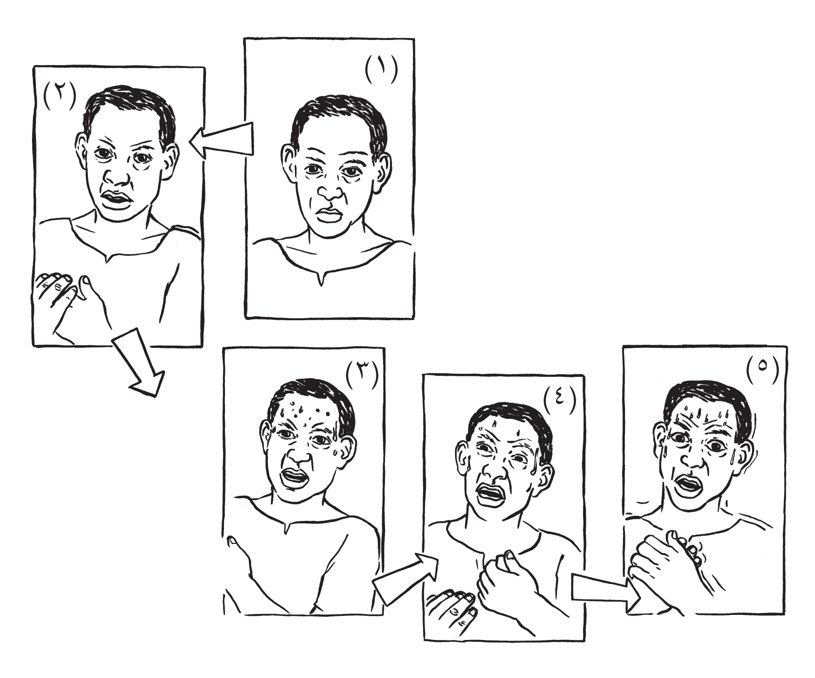


أمّا إذا فكّر في إمكانيات لحل المشكلة، عندئذٍ يمكنه التغلب على ما يشغل فكره، فتتحسن حاله.

٥–٢–١ الخوف والذعر

عندما ينشغل فكرنا، يتملّكنا الخوف من أنّ أمراً سيّئاً سوف يحصل. هذا هو الخوف. والخوف هو جزء مهمٌّ من عملية التعلّم في الحياة. فعندما يخاف الطلاب مثلاً من الرسوب في الامتحانات، قد يكون ذلك دافعاً لكي يدرسوا بجهدٍ أكبر. ولكن عندما يخاف الشخص من أنه قد يموت أو من أنّ مكروهاً سوف يحلّ بعائلته، مع أنّ أفكاره غير مبنية على أسباب منطقية، فالخوف في هذه الحال لن يكون مفيداً أبداً.

نوبات الذعر هي نوبات من القلق الشديد والخوف. وتأتي النوبة عادة من لا شيء ومن دون أيّ إنذارٍ مسبق. وترتبط النوبة بأعراض جسدية حادة، مثل تسارع نبضات القلب أو صعوبة التنفّس، إلى درجة أنّ الشخص يخاف من أن يموت أو يصاب بـ «الجنون». أشخاص كثيرون قد يصابون بنوبة أو نوبتين من الذعر في حياتهم كلها. غير أنّ نوبات الذعر تحدث بنسبة أكبر عند بعض الأشخاص. وعندما تحدث بشكل متكرر، أي مرة أو مرتين في الأسبوع مثلا عندئذٍ لا يعتبر الأمر طبيعيّاً.



نوبة الذعر

(١) عندما يكون الشخص مشغول الفكر، قد تتسارع نبضات قلبه أحياناً.
(٢) وهذا سيشغل فكره أكثر فأكثر.
(٣) وقد يظنّ أنه يصاب بنوبة قلبية.
(٤) لكنّ هذا سيسرّع نبضات القلب أكثر فأكثر.
(٥) عندئذٍ يصيبه الذعر من أنه سيموت.

٥-٢-٢ الخوف من حالات معينة

بعض الأشخاص يخاف من حالات معينة، مع أنها لا تشكل خطراً. والتصرّف الشائع عند هؤلاء الأشخاص هو أن يتجنبوا هذه الحالات لكي لا يشعروا بالخوف. هذا النوع من الخوف يسمّى الرهاب (فُوبْيا). في الواقع، العديد من الأفراد يعانون نوعاً واحداً من الرهاب، مثل رهاب العناكب أو الأفاعي. غير أنّ بعض الأشخاص يعاني الرهاب المتعلّق بالحالات التي نواجهها يوميّاً، ومنها:

- الأماكن المكتظة، مثل الباصات العامة أو السوق: رهاب الخلاء Agoraphobia .
- الأماكن المفتوحة (أيّ مكان خارج المنزل) Agoraphobia .
- الحالات الاجتماعية، مثل التقاء الأشخاص في المناسبات الاجتماعية: الرهاب الاجتماعي Social phobia .
- الأماكن المغلقة مثل المصعد أو الغرف الضيقة: رهاب الاحتجاز أو رهاب الأماكن المغلقة Claustrophobia .

عندما يخاف الشخص من هذه الحالات ويبدأ بتجنبها، سوف يؤثّر ذلك كثيراً على حياته، ولذلك تصبح بعض أنواع الرهاب مشكلات متعلقة بالصحة.

٥-٢-٣ لماذا ينشغل فكر الأشخاص أو يصابون بنوبات الذعر panic attacks أو بالرهاب (الفوبيا)؟

بعضنا ينشغل فكره في حالات الضغط. ومن صعوبات الحياة التي قد تؤدي إلى الخوف والقلق:

- المشكلات في العلاقات، مثل الخلافات الزوجية، أو الصراع مع الأهل.
- فقدان شخص عزيز، بسبب الموت مثلاً.
- فقدان الوظيفة.
- المرض الجسدي عند الشخص.
- صعوبات العمل.
- المشكلات المادية، مثل الديون.
- المرض في العائلة.
- الشعور بالذنب.

إذا تعرّض الشخص لصدمة أو لحادث عنيف (راجع القسم ٧–١) قد يؤدي ذلك أيضاً إلى القلق والذعر، تماماً مثل كثرة استهلاك الكحول أو مخدراتٍ أخرى (بما فيها الأدوية مثل الحبوب المنوّمة) (راجع الفصل السادس). بعض الأشخاص ينشغل فكره كثيراً من دون سبب وجيه، وقد يمضي بعضهم حياته في التوتّر والخجل.

٥–٢–٤ كيف نتعامل مع هذه المشكلة؟

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على شخص ينشغل فكره من دون سبب وجيه

- منذ متى تحسّ بهذا الشعور؟ كلما كانت المدة طويلة، كانت المشكلة أكثر حدّةً.
- كيف بدأت هذه الأحاسيس عندك؟ نحاول أن نعرف إن كان الاضطراب ناتجاً من حادث حياتيّ قد حصل مع الشخص.
- هل تتناول الحبوب المنوّمة أو الكحول؟ إذا كان الجواب «نعم»، نسأله عن معاقرة الخمر (راجع القسم ٦–١).
- هل كنت تتجنب بعض الحالات أخيراً لأنها تخيفك؟ إذا كان الجواب «نعم»، فما هي هذه الحالات؟ وكيف أثّر هذا الأمر على حياتك؟ تتعلّق هذه الأسئلة بالرهاب.
- هل يصل بك الخوف أحياناً إلى حدّ أنك تخاف أن تنهار أو أن تموت؟ إذا كان الجواب «نعم»، فهل يحدث هذا غالباً؟ تتعلّق هذه الأسئلة بنوبات الذعر.
- هل ألحق بك أحد الأذى مؤخّراً؟ في حياتك الزوجية مثلاً، أو في العمل؟ معرفة هذه المشكلات تعتبر خطوة هامة لاكتشاف العلاقة بين الصعوبات الحياتية والانشغال الفكريّ.
- هل فقدت الاهتمام بالحياة اليومية؟ نسأل عن الاكتئاب (راجع الفصل الثاني).

ما ينبغي أن نلاحظه في أثناء المقابلة

من الصفات الشائعة عند الشخص الشديد الخوف، أن يبدو القلق والخوف على وجهه. أما الوجه الحزين أو الخالي من مظاهر العاطفة فيوحي بالاكتئاب. بعض الأشخاص القلقين يكون كثير الحركة والتململ فيشدّ على يديه باستمرار أو يتململ في مقعده.

ماذا ينبغي أن نفعل على الفور؟

نُطمئن الشخص خصوصاً إلى ما يلي:

- إنّ هذه الأعراض ليست دليلاً على مرض جسدي خطير. ولكن، من المهم ألا نطمئن الشخص إلى هذا الأمر إلا بعد إتمام الفحص الجسدي الكامل والفحوصات المخبرية الضرورية.
- هذه الأعراض ليست دليلاً على أنّ الشخص سيصاب ب«الجنون».
- إذا دعت الحاجة، نطمئنه إلى أنّ الأعراض ليست ضرباً من السحر أو المسّ.
- نشرح للشخص أنّ القلق هو سبب الأعراض، وأنّ الأعراض قد تقلقه أكثر فأكثر. أما الطريقة لكسر هذه الحلقة المفرغة فهي أن يطمئن الشخص عندما تبدأ الأعراض إلى أنها ناتجة من القلق لا أكثر.
- ندرّب الشخص على تمارين التنفّس والاسترخاء (راجع القسم ٣–٢–٣).

- إنّ تغيير المواقف من الأمور وطريقة التفكير هما عنصران مهمّان جدّاً في العلاج. فمن الضروري أن ينظر الشخص إلى حالته من منظار أكثر إيجابية (راجع الإطار ٥–١). وهذه بعض الأمثلة على «التفكير الإيجابي» (انظر الصّور أدناه).
- نعطي النصائح المحددة حول نوبات الذعر (راجع الإطار ٥–٣) أو الرهاب (راجع الإطار ٥–٤).



الإطار ٥–٣ كيف ننصح شخصاً يعاني نوبات من الذعر؟

إنّ نوبات الذعر هي نوبات من القلق الحاد الناتج عن التنفّس السريع. ينبغي أن ندرّب الشخص الذي يعاني نوبات الذعر على التالي:

- تبدأ النوبة عندما تبدأ الأفكار المخيفة أو الأعراض الجسدية عند الشخص.
- ينبغي أن يتنبه الشخص على الفور إلى أنه يتنفّس بسرعة وينبغي أن يسيطر على تنفسه.
- ينبغي أن يتنفّس بطريقة بطيئة ومنتظمة وأن يبقي تنفسه تحت السيطرة (بوتيرة مشابهة لما تمّ وصفه في القسم ٣–٢–٣) وينبغي أن يستمرّ بالتنفّس بهذه الطريقة إلى أن تتلاشى أعراض النوبة.
- ينبغي أن يُطمئن نفسه إلى أنّ الأعراض ناتجة عن التنفّس السريع وأنّه لن يحصل أمرٌ خطير.

الإطار ٥–٤ كيف تنصح شخصاً يعاني الرهاب؟

الرهاب هو الخوف، أو نوبة الذعر في الغالب، التي تصيب الشخص في حالات معيّنة فيبدأ بتجنّب هذه الحالات.

- نعلّم الشخص الذي يعاني الرهاب أنّ الطريقة التي تساعده في تخطّي خوفه هي أن يواجه الحالة إلى أن يتلاشى الخوف. فبهذه الطريقة تصبح عنده الثقة بأنّ الحالة لا تدعو للخوف.
- نشرح للشخص أنّ تجنُّب الحالة سوف يزيد الخوف سوءاً لا أكثر. لكنّ مواجهة الحالة ينبغي أن تتم بشكل مدروس لكي تُبنى الثقة شيئاً فشيئاً ويتخطّى الشخص الرهاب. ويمكن أن يتعلم الشخص كيف يتعامل مع الخوف في أثناء مواجهة الحالة، من خلال تمارين التنفّس (راجع القسم ٣–٢) ومن خلال طمأنة نفسه إلى أنّ الخوف موقّت.
- نحدّد الحالات التي تسبب الخوف، ومن ثمّ نضعها في لائحة تتدرّج فيها من الأقلّ تسبباً بالخوف إلى الأكثر تسبباً به.
- نضع الشخص في مواجهة المشكلات تدريجيّاً بدءاً من الحالة الأقلّ تسبباً بالخوف. ومتى سيطر على هذه الحالة وأصبح قادراً على مواجهتها من دون خوف، نشجعه على الانتقال إلى الحالة التالية. مثلاً، يمكن تشجيع الشخص المحبوس في المنزل على القيام بنزهة صغيرة إلى بيت الجيران في خطوة أولى. ويتمرّن الشخص على هذه الخطوة يوميّاً إلى أن يختفي عنده الخوف منها. وبعد أن يتخطى هذا الخوف، عليه أن ينتقل إلى الخطوة التالية، التي قد تكون مسافتها أبعد بقليل، فيسير مثلاً إلى مركز البريد. وفي النهاية سوف يضطرّ إلى أن يمشي إلى المتجر.

ننظر إلى الصور في الصفحة التالية.

متى ينبغي أن نلجأ إلى الأدوية؟

يمكن استعمال نوعين من الأدوية: الأدوية المضادة للقلق anxiolytics أو الأدوية المضادة للاكتئاب antidepressants.

يمكن استعمال مضادات القلق ولكن لمدة لا تتعدى ستة أسابيع. ولا ينبغي استعمالها إلا في حالات معينة، مثلاً:

- إذا كانت حالة القلق حادة جدّاً لدرجة أنّ الشخص غير قادر على الاستماع إلى نصائحنا أو فهمها.
- إذا كان الشخص متوتّرا جدّا بسبب حادث حياتيّ فظيع مثل وفاة الزوج أو الزوجة.
- إذا كان الشخص متعباً جدّاً لأنّ التوتّر منعه من النوم لعدّة أيّام. فليلة واحدة من النوم الهانئ قد تساعد في شفائه.

أما الأدوية التي يمكننا استعمالها فهي: (راجع الفصل ١١ عن الأدوية).

- ديازيبام diazepam، ٥ ملغ، مرتين في اليوم.
- ألبرازولام alprazolam، من ٠,٢٥ إلى ٠,٥ ملغ، مرتين في اليوم.
- أميتريبتيلين amitriptyline أو إيميبرامين imipramine، ٢٥ ملغ في الليل.

الخطوات التي ينبغي اتباعها لتخطي الرهاب:

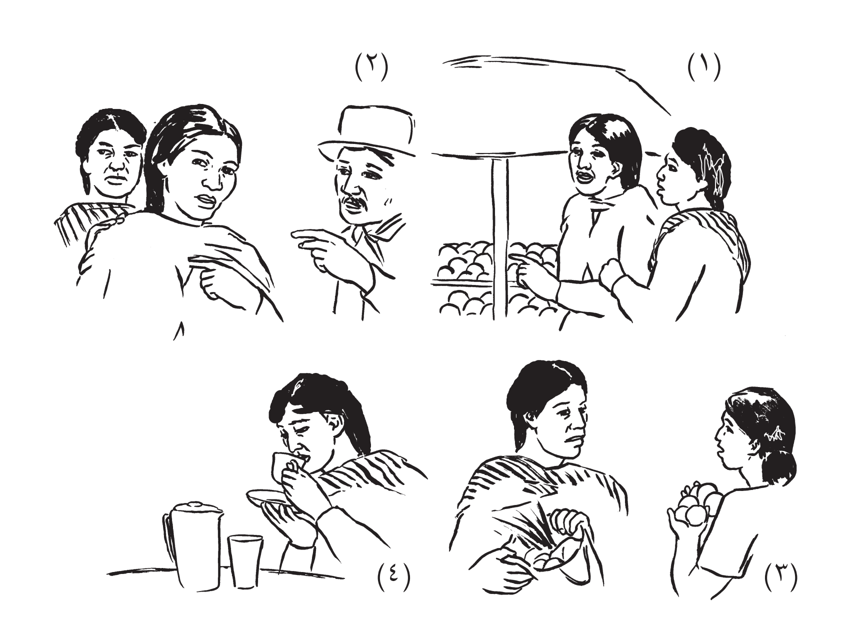
١– الاعتياد على التكلّم أمام الغرباء:

(١) أوّلاً نحاول أن نذهب إلى متجر برفقة أحد الأصدقاء ونسأل عن غرضٍ ما.

(٢) متى أصبحنا قادرين على القيام بذلك من دون الشعور بالقلق، وبرفقة صديق، نحاول أن نطلب من شخص غريب أن يَدلَّنا على طريق.

(٣) متى شعرنا بالراحة حيال هذا الأمر، نحاول أن نذهب إلى المتجر ونسأل عن غرضٍ ما بمفردنا.

(٤) متى تخطينا ذلك، نحاول أن نذهب إلى المطعم ونطلب فنجاناً من الشاي.



الخطوات التي ينبغي اتباعها لتخطي الرهاب:

٢– الاعتياد على ركوب باص يعجّ بالركاب.

(١) نمشي إلى موقف الباصات وننتظر الباص ولكن لا نستقلّه.

(٢) نركب الباص في وقت لا يكون مكتظاً.

(٣) متى استطعنا القيام بذلك من دون خوف، نقوم بنزهة في الباص المكتظّ برفقة صديق.

(٤) متى تخطينا القلق في هذه الحالة، نقوم بنزهة في الباص المكتظّ بمفردك.



مضادات الاكتئاب قد تكون مفيدةً جدّاً في الحالات الآتية:

- في حالات نوبات الذعر المتكررة.
- إذا كان الشخص مكتئباً.
- إذا استمرّ الانشغال الفكريّ أكثر من أربعة أسابيع على الرغم من الشرح ومن تمارين التنفّس.

للمزيد من المعلومات عن استعمال مضادات الاكتئاب، نراجع الفصل ١١.

متى ينبغي أن نحيل الشخص على اختصاصيّ؟

علينا أن نحيل الشخص على اختصاصيّ في الحالات الآتية:

- إذا اشتبهنا في أنّ الأعراض قد تكون ناتجة من مرض جسدي.
- في حال وجود صعوبات حياتيّة قد تفيدها/ه زيارة مراكز وجمعيات أخرى، مثل مركز الشرطة أو جمعيات حماية المرأة بالنسبة للنساء (راجع الفصل ١٢) (ولكن هذه الخطوة قد لا تكون مرغوبة في بعض المجتمعات).

الإطار ٥–٥ ما ينبغي أن نتذكره عندما نتعامل مع شخص خائف أو مشغول الفكر

- عندما يبدأ الانشغال الفكريّ والخوف بالتأثير على حياة الشخص اليومية، تصبح المشكلة متعلقة بالصحة.
- نوبات الذعر هي نوبات من القلق الحاد. غالباً ما يظنها الأشخاص مشكلة طبية، ولا سيّما نوبة قلبية، بسبب الأعراض البدنية الحادة التي ترافقها.
- بعض الأشخاص يتجنب الحالات التي تسبب له الخوف (الرهاب). ومن الحالات الشائعة التي تسبب هذا النوع من الخوف، الأمكنة المكتظة واللقاءات الاجتماعية.
- العلاج هو بإعطاء النصائح حول أسباب الأعراض، وبتمارين التنفّس، وبالنصائح الخاصة حول كيفية تخطي الخوف.
- غالباً ما يترافق الانشغال الفكريّ مع الإحباط. فالأدوية المضادة للإحباط قد تفيد الشخص في هذه الحالة.

٥–٣ الشخص الذي يشكو من مشكلات في النوم: الأرق



إنّ معدّل نوم الشخص هو من سبع إلى ثماني ساعات في اليوم. والنوم يعطي الجسم والذهن وقتاً للاستراحة، ويعطي الشخص شعوراً بالحيوية في الصباح. أما «الأرق» فهو الاسم المعتمد للدلالة على النوع الأكثر شيوعاً من مشكلات النوم، ويتمثّل بأنّ النوم لا يؤمّن الشعور بالحيوية. بعض الأشخاص قد يصعب عليه أن يغفو. والبعض قد يستيقظ في ساعة مبكرة جدّاً في الصباح ولا يستطيع أن يستسلم للنوم من جديد. وآخرون يستيقظون عدة مرات في الليل. إنّ الأرق هو واحد من أنواع الشكاوى الصحية الأكثر شيوعاً. ونتيجة الاستعمال المفرط للحبوب المنوّمة، يصبح عددٌ كبير من الأشخاص الذين يعانون الأرق مدمناً على هذه الحبوب (راجع القسم ٦–٣).

٥–٣–١ كيف يؤثّر الأرق على الأشخاص؟

نتخيّل ما قد يحصل إذا كنا لا ننام بشكل كافٍ. الأرق يؤدي إلى الأعراض الآتية:

- الشعور بالنعاس في خلال النهار.
- التعب.
- قلة التركيز.
- حدّة الطبع وسرعة الانفعال.
- مشكلات في التفكير بوضوح.

٥–٣–٢ ما هي أسباب الأرق؟

إنّ الأسباب الأكثر شيوعاً للأرق هي:

- إدمان الكحول. فالأشخاص الذين يشربون الكحول يعانون الأرق لأنهم لا يحصلون على النوم الكافي عندما يكثرون من الشرب، ويستيقظون في وقت مبكر عادةً بسبب أعراض الانقطاع عن تناول الكحول.

- الإكتئاب والقلق.
- إدمان الحبوب المنوّمة (راجع القسم ٦–٣).
- مشكلات طبّية، لا سيّما المؤلمة منها، أو التي تسبّب صعوبةً في التنفّس (مثل قصور القلب) أو التهاباتٍ في المسالك البولية، ما يؤدي إلى كثرة التبوّل.

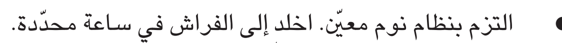
٥–٣–٣ كيف نتعامل مع هذه المشكلة؟

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على الشخص الذي يعاني الأرق

- ما هو نظام نومك؟ نسأله عن عدد ساعات النوم، والنوم في النهار، ونوع الأرق (مثلاً، هل يصعب عليه أن يغفو، أو هل يستيقظ في منتصف الليل؟).
- هل تتناول أيّ دواء أو كحول لتساعدك على النوم؟ هذا يساعدك في تقصّي مشكلة إدمان الحبوب المنوّمة أو الكحول.
- هل تعاني أيّ ألم أو مشكلات طبية أخرى؟
- هل تشعر أخيراً بأنك فقدت الاهتمام بالأمور؟ هل تشعر بالتوتّر أو بالخوف أو ينشغل فكرك؟ هذه الأسئلة متعلّقة بالاكتئاب والقلق (راجع الفصل ٢).

ماذا ينبغي أن نفعل على الفور؟

- نشرح للشخص أنّ الأرق مشكلة شائعة، وأنّ كلّ من يشكو منه سوف ينام بشكل طبيعيّ بعد أن يعالج سببَ هذه المشكلة.
- نشرح للشخص كيف ينام بشكل أفضل (راجع الإطار ٥–٦).
- إذا اكتشفنا اضطرابا ما وراء هذه المشكلة، نعالج الشخص بحسب ما هو مشروح في أقسام أخرى من هذا الدليل (الاضطرابات النفسية التي يُرجّح أن تجدها هي إدمان الكحول والاكتئاب أو القلق).



الإطار ٥–٦ نصائح لمساعدة الشخص على النوم بشكل أفضل



- التزم بنظام نوم معيّن. اخلد إلى الفراش في ساعة محدّدة.
- انهض في الساعة نفسها كلّ صباح بصرف النظر عن عدد ساعات النوم التي حصلت عليها في خلال الليل. استعمل منبّهاً إذا صعب عليك أن تستيقظ في الساعة نفسها كل صباح.
- لا تلجأ إلى الكحول أو إلى الأدوية المنوّمةالمنوّمة لكي تستطيع النوم.
- لا تدخّن قبل النوم، فالسعال يمنعك من النوم.
- أفرغ مبولتك قبل النوم مباشرةً.
- تجنّب تناول الشاي والقهوة في المساء، فهما منبّهان قد يمنعانك من النوم
- حاول أن تقوم بتمارين الاسترخاء قبل النوم (راجع القسم ٣–٢–٣).
- تجنّب ممارسة الرياضة في المساء، ولكن مارسها في النهار.
- تجنّب أن تأخذ قيلولة في النهار.
- لا تشغل فكرك بأنك لن تستطيع النوم، فذلك يزيد مشكلة النوم سوءاً.
- حوّل غرفة نومك إلى بيئة يسودها جوّ مناسب للنوم: أبقِ الغرفة مظلمة بواسطة الستائر، أو استعمل قناعاً أو قطعة قماش أو رقعة خاصة تغطي بها عينيك؛ أغلق نوافذ الغرفة إذا صدر ضجيج من الخارج، أو استعمل سدادتين خاصتين بالأذنين.
- إذا لم تستطع أن تغفو، لا تستلقِ في الفراش، بل انهض، واقرأ كتاباً أو استرخِ لمدة خمس عشرة أو ثلاثين دقيقة ثم عد إلى النوم.

متى ينبغي أن تستعمل الحبوب المنوّمة؟

الحبوب المنوّمة هي أدوية تحتوي على ديازيبام diazepam، ولورازيبام lorazepam، ونيترازيبام nitrazepam، وغيرها (راجع الفصل ١١). وهذه الأدوية هي من الأدوية الأكثر استعمالاً في العالم، وهذا الواقع وحده كافٍ للدلالة على حجم الشكاوى من الأرق في العالم. غير أن الحبوب المنوّمة تُنتِج نوماً اصطناعيّاً، وتسبّب الإدمان، بمعنى أنّ الشخص ما إن يعتد على أخذها حتى يستحيل عليه النوم من دونها (راجع القسم ٦–٣). فالطريقة الفضلى لتجنّب هذه المشكلات هي باتباع القواعد الآتية:

- لا نصف الحبوب المنوّمة لشخص يعاني صعوبات في النوم منذ زمن طويل أو لشخص يحمل ماضيه الطبي مشكلة إدمان (على الكحول مثلاً).
- إذا اضطررنا لاستعمالها، نراقب الشخص عن كثب.
- صف الدواء المنوّم لمدة أسبوع، مثلاً من ٥ إلى ١٠ ملغ من ديازيبام diazepam في الليل، أو من ١ إلى ٢ ملغ من لورازيبام lorazepam في الليل. ونطلب من الشخص أن يعود لرؤيتنا بعد أسبوع.
- إذا شعر الشخص بتحسّن، نوقف الدواء. لا نصف الحبوب المنوّمة لمدة تفوق أربعة أسابيع، ونصفها لمدة أسبوع ونمدّد الفترة لأسبوع آخر في كل مرة، لكي نتمكن من رؤية الشخص مجدّداً كل أسبوع.
- نعطي الشخص النصائح الواردة في الإطار ٥–٦ لمساعدته على النوم بشكل أفضل.

راجع القسم ٦–٣ للحصول على المعلومات حول مساعدة شخص قد نستعمل الحبوب المنوّمة لمدة طويلة.

متى ينبغي أن نحيل الشخص على اختصاصيّ؟

ينبغي أن نحيل الشخص على اختصاصيّ إذا كان يعاني مرضاً جسديا مؤلماً أو أيّ انزعاج آخر.

الإطار ٥–٧ ما ينبغي أن نتذكره عندما نتعامل مع شخص يعاني مشكلات نوم

- مشكلات النوم هي حالات شائعة. والأرق يعتبر مشكلة صحية إذا مضى عليه أكثر من أسبوعين وإذا نتجت عنه صعوبات معينة.
- الإكتئاب، وإدمان الكحول، والاستعمال المفرط للحبوب المنوّمة، والأمراض البدنية المؤلمة قد تسبّب الأرق.
- الطريقة الفضلى لاستعادة نظام نوم صحيّ هي بإجراء تعديلات بسيطة في نمط الحياة. وإذا وصفنا الحبوب المنوّمة، فليكن لفترة لا تتعدّى أبداً أربعة أسابيع دفعة واحدة.
- إذا كان الأرق جزءاً من اضطراب آخر، مثل الاكتئاب، عندئذ نعالج هذا الاضطراب الآخر.

٥–٤ الشخص الذي يشعر بالتعب طوال الوقت

إنّ التعب هو أحد أبرز الأسباب التي تُشعر الإنسان بأنه مريض. ويمكن أن يتجلى التعب بعدة طرق منها أن يشعر الإنسان بالإرهاق طوال الوقت. وفي الحالات الحادة، تبدو أبسط الأنشطة مثل ارتداء الملابس صعبة جدّاً. ومن الشائع أيضاً أن يتجلى التعب ب «الشعور بالضعف» أو ب «قلة النشاط» الضروري للقيام بأيّ عمل. وغالباً ما يترافق التعب مع رغبة شديدة في النوم (مع أنّ الشخص غالباً ما لا يستطيع النوم) أو مجرّد الاستلقاء.

٥–٤–١ لماذا يشعر بعض الأشخاص بالتعب؟

يشعر أشخاص كثيرون بالتعب بسبب إلتهابات جرثومية أو إلتهابات شائعة أخرى. وفي هذه الحالات، يكون قد مضى على شعور الشخص بالتعب بضعة أيام لا أكثر. ففي كل مرة يأتي إلينا شخص يشكو من التعب ولم يمضِ على هذا الشعور أكثر من أسبوعين، علينا أن نعالجه على أنه ناتج عن إصابة من هذا النوع. أما إذا استمرّ الشعور بالتعب أكثر من أسبوعين، فعندئذٍ يصبح تعباً «مزمناً» أو «إرهاقاً مزمناً». لقد أوردنا في الإطار ٥–٨ الأسباب الأكثر شيوعاً للتعب المزمن.

الإطار ٥–٨ الأسباب الشائعة للتعب المزمن



المشكلات الصحية الجسدية

- فقر الدم المعتدل أو الحاد.
- الالتهابات المزمنة مثل السلّ، والتهاب الكبد، ومتلازمة نقص المناعة المكتسب (الأيدز) أو فيروس نقص المناعة المكتسب
- مرض السكري.
- السرطان.
- الأمراض المزمنة مثل التهاب المفاصل ومرض الكلى.

المشكلات الصحية النفسية

- الإحباط أو القلق.
- إدمان الكحول أو المخدرات.
- قلة النوم.

المشكلات المتعلّقة بنمط الحياة

- كثرة العمل، ولا سيما العمل اليدوي.
- قلة الحركة، فالقيام بالقليل القليل من الأنشطة قد يؤدي إلى الشعور بالتعب.

٥–٤–٢ متى ينبغي أن نشتبه في أنّ التعب ناتج من اضطراب نفسيّ؟

لا نشتبه أبداً في مرض نفسيّ قبل أن نستبعد كليّاً وبشكل مؤكّد «الأمراض» الجسدية الشائعة (راجع الإطار ٥–٨). أما الحالات التي ينبغي فيها أن نشتبه في أنّ سبب التعب هو اضطراب نفسي، فهي:

- في غياب أيّ إثبات على سبب عضوي أي إذا لم نجد أيّ دليل لمرض جسدي أو إذا جاءت الفحوصات خالية من أيّ ملاحظة غير طبيعية.
- عندما نجد إثباتاً على اضطراب نفسيّ، مثل الشعور برغبة في الانتحار مثلاً.
- إذا تخطى التعب المعدل الطبيعي الناتج من المرض الجسدي، فقد يعاني الشخص فقر الدم، ولكن التعب الذي يشكو منه أشد حدّةً من أن يكون ناتجاً من فقر الدم وحده.

٥–٤–٣ هل التعب والكسل اسمان مختلفان للحالة نفسها؟

الأشخاص المتعبون لا يشعرون بالرغبة في القيام بأيّ عمل. وبالنسبة إلى المرأة، قد يكون هذا الأمر مشكلة كبيرة وقد يسبّب الخلافات مع زوجها أو عائلته. وعندما يخبر العامل الصحي العائلة أنّ المرأة «لا تشكو من شيء" لأنه لم يجد أيّ مرض جسدي عندها، فإنّ العائلة ستظن أنّ المرأة تدّعي التعب. وحتى العامل الصحي قد يظن أنّ المرأة كسول. لذلك، نتذكر أنّ التعب غالباً ما يكون دليلاً على اضطراب نفسيّ. فإذا لم نجد أيّ دلائل واضحة لمرض جسدي، هذا لا يكفي لتستنتج أنّ الشخص يدّعي المرض. التعب ليس أبداً مثل الكسل.

٥–٤–٤ كيف نتعامل مع هذه المشكلة؟

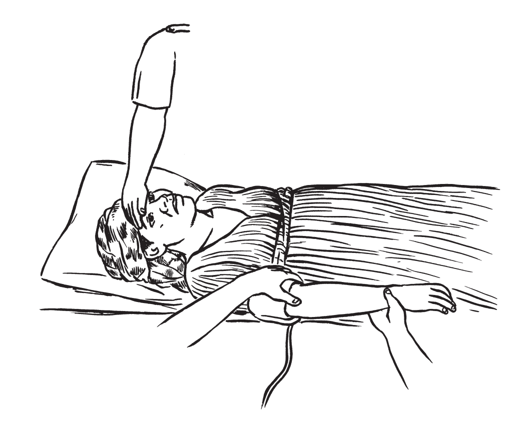
الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على الشخص الذي يشعر بالتعب طوال الوقت:

- منذ متى تشعر بالتعب؟ إذا مضى على هذا الشعور أكثر من أسبوعين، يُعتبر التعب مزمناً.
- هل كنت تشعر بأنك تعاني من مرض جسدي ما؟ مثلاً هل كنت تسعل؟ أو تخسر الوزن؟ هل تلاحظ دماً في الغوط؟ هذه أمثلة على أسئلة متعلّقة بمشكلات صحية جسدية مزمنة.
- هل كنت تشعر بالضغط أخيراً؟ هل كان فكرك مشغولاً بأمرٍ ما؟ نسأل عن أعراض الاكتئاب والقلق (راجع الفصل الثاني).
- هل تشرب الكحول؟ هل تتناول الحبوب المنوّمة أو مخدرات أخرى؟ إذا كان الجواب «نعم»، راجع القسمين ٦–١ و ٦–٣.
- أخبرني ما هو معدّل الأنشطة اليومية التي قمت بها في الأسبوع الماضي؟

ما يجب أن نلاحظه في أثناء المقابلة

نجري فحصاً جسديا كاملاً، ونتأكد بشكل خاص من الحالات الآتية:

- مظهر الشخص يدلّ على المرض.
- ارتفاع في الحرارة.
- خلل في النبض وفي ضغط الدم.
- خلل في وتيرة التنفّس.
- دلائل على فقر الدم، مثلاً إذا لاحظت اصفراراً أو لوناً باهتاً في اللسان أو العينين أو الأظافر.
- دلائل لخسارة الوزن، إذا كانت عضلات الذراعين أو الساقين نحيلة.



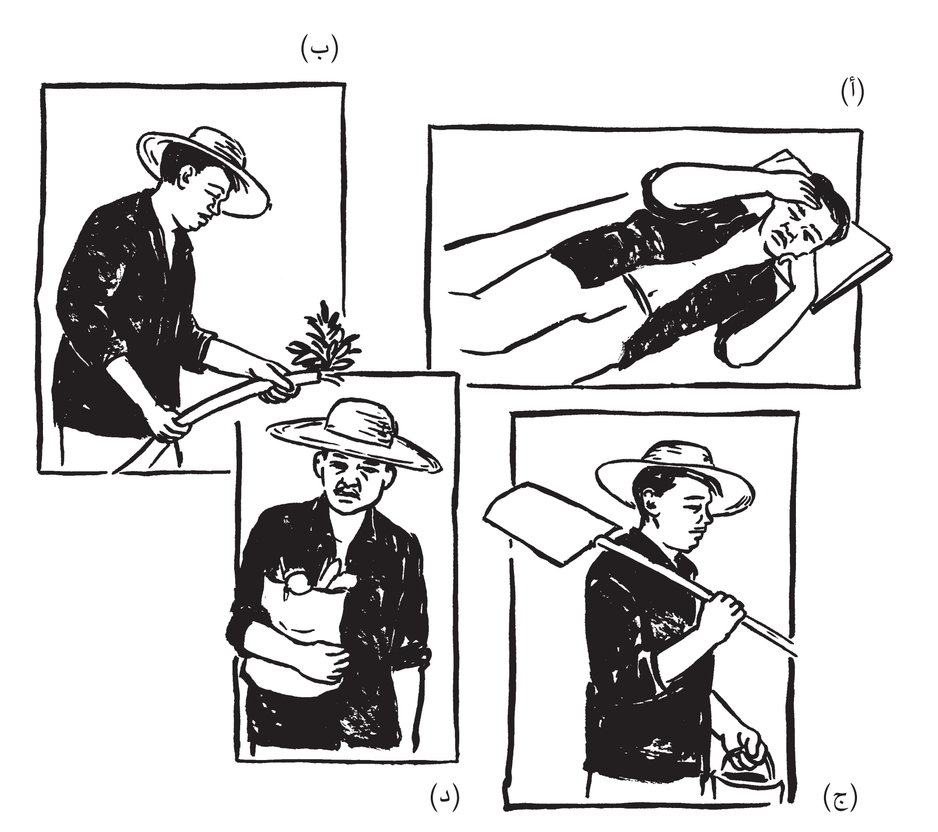
اختبارات واستقصاءات خاصة

بما أنّ التعب قد يكون دليلاًعلى مرض جسدي شديد، من المفيد أن نجري اختبارات لتقصّي الأمراض الشائعة:

- اختبار معدّلات خضاب الدم (الهيموغلوبين haemoglobin) لتقصّي فقر الدم.
- اختبار كمية الكريات البيضاء في الدم لتقصّي الالتهابات.
- اختبار السكر في البول لتقصّي السكري.

ما العمل على الفور؟

- نتأكد من أنّ الشخص لا يعاني مرضاً جسديا.
- نشرح للشخص وللعائلة أن التعب حقيقيّ وأنه ناتج من مرض، ولا حاجة إلى أن نحدّد أنّ المرض نفسيّ، فذلك قد يؤثر سلبيّاً على الدعم العائلي للشخص. يمكننا أن نقول بدلاً من ذلك «عندما يشعر الشخص بالضغط قد يشعر بالتعب».
- نشرح لهم أنّ التعب ليس له دواء خاصّ. ولكن إذا كان التعب ناتجاً من الضغط المفرط، يمكننا إعطاء دواء مضاد للإجهاد (stress).
- إذا كان الشخص لا ينام جيداً، نعطيه النصائح لمساعدته على النوم بشكل أفضل (راجع الإطار ٥–٦).
- إذا كان الشخص مدمناً الكحول أو المخدرات، نعطيه النصائح اللازمة (راجع القسمين ٦–١ و ٦–٢).
- إذا كان الشخص يعاني الاكتئاب أو القلق، نقترح عليه طرقاً للتعامل مع هذه الحالة (راجع القسم ٣).
- زيادة الأنشطة تدريجيّاً هي طريقة مفيدة في تخطي التعب. ومن المفيد أن نبدأ بنسبة قليلة من الأنشطة، وأن نركز على الأنشطة المسلية. مثلاً، يمكن أن يبدأ الشخص بتكريس ربع ساعة في الصباح والمساء للاهتمام بالحديقة أو للمشي. ومتى أصبح الشخص قادراً على القيام بذلك لمدة أسبوع، ننتقلْ إلى نسبة أعلى من الأنشطة.
- نشجع الشخص أن يبقى على اتصال بأصدقائه وأقربائه. وإذا كان متديّناً فليقم بزيارات دورية إلى أماكن العبادة.
- إنّ تعلّم تمارين التنفّس وتقنية حل المشكلات قد يساعد (راجع القسم ٣–٢–٣).
- في الحالات التي لا تنفع فيها أيّ محاولة، يمكننا أن نلجأ إلى الأدوية المضادة للاكتئاب.



(أ) إنّ الشخص الذي يشعر بالتعب إلى درجة أنه لا يرغب في النهوض من الفراش، عليه أن يحاولٍ ممارسة نشاط بسيط مسلّ في البداية مثل (ب) ريّ الحديقة. (ج) ومتى استطاع القيام بذلك، يمكنه أن يحاول القيام بنشاط أكثر صعوبةً مثل المشي إلى المتجر والتبضع. (د) متى أنجز ذلك، قد يكون مستعدّاً للعودة إلى العمل.

متى ينبغي استعمال المنشّطات أو الفيتامينات؟

من الشائع جدّاً أن يستعمل الأشخاص المتعبون المنشّطات والفيتامينات، لأنهم يشعرون بأن التعب ناتج من قلة الأكل أو من نقص في الفيتامينات. غير أن معظم الأشخاص الذين يشكون من التعب لن تفيدهم المنشّطات والفيتامينات. فمن غير المفيد أن تعطى المنشّطات والفيتامينات لأشخاص لا يعانون فقر الدم أو سوء التغذية. أما إذا أعطي هؤلاء الأشخاص نصائح متعلّقة بنظام التغذية، مثل الإكثار من الخضر المورقة، أو السمك، أو العدس (وهي أطعمة تحتوي على الفيتامينات والمعادن الطبيعية)، فذلك أفضل بكثير من المنشّطات على المدى البعيد. فلا يغشّنا مسوّقو الأدوية للشركات المصنّعة، الذين ينصحون بالمنشّطات لكل من يشعر بالتعب.

متى ينبغي أن نحيل الشخص على اختصاصيّ؟

إذا اشتبهنا في أنّ التعب ناتج من مرض جسدي خطير، مثل السلّ أو السرطان، نحيل الشخص على مستشفى.

الإطار ٥–٩ ما ينبغي أن نتذكره عندما نتعامل مع شخص يشعر بالتعب طوال الوقت

- التعب ليس ناتجاً دائماً من مرض. فإذا كان الشخص يعمل كثيراً لا بدّ من أن يتعب جسده.
- للتعب أسباب نفسية وجسديّة. فنستبعد دائماً الأسباب الجسدية قبل التطرّق إلى المشكلات الصحية النفسية.
- الإحباط، والقلق، وإدمان الكحول، كلها قد تكون أسباباً للتعب الذي استمرّ أكثر من أسبوعين.
- التعب ليس له أدوية خاصة. أما الفيتامينات والمنشّطات فلن تفيد الشخص الذي يشعر بالتعب، إلا في حال التأكد من أنه يعاني فقر الدم أو نقصاً في الفيتامينات.
- إنّ زيادة الأنشطة تدريجيّاً، ومضادات الإكتئاب، وتقنية حلّ المشكلات، قد تساعد الشخص الذي يعاني التعب.

٥–٥ الشخص الذي يشكو من مشكلات جنسية

الصحة الجنسية هي وجه من أوجه الصحة، يتعلّق بالأعضاء التناسلية وبالسلوك الجنسيّ. تشمل الصحة الجنسية الوقاية من الأمراض المنقولة جنسيّاً والحمل غير المرغوب فيه، والاستمتاع بالجنس على أنه جزء من العلاقات الحميمة، والسيطرة على القرارات المتعلّقة بالجنس. هذا الدليل يصف المشكلات الشائعة للسلوك الجنسيّ دون سواها. أما للاطلاع على الأمراض الناتجة عن التهابات معينة، التي تؤثّر على الأعضاء التناسلية، فراجع الدليلين: «كتاب الصحة للجميع» و«كتاب الصحة لجميع النساء» المذكورين في مسرد المراجع.

إنّ الجنس هو وجه هام من أوجه العلاقات العاطفية والحميمة بين الأشخاص. وهو يمثل وجهاً شخصيّاً وحميماً جدّاً من حياتنا إلى درجة أنّ من النادر مناقشة الجنس مع الآخرين. ويجهل عددٌ كبير من الناس أموراً كثيرة متعلّقة بالسلوك الجنسيّ «الطبيعي» وبأنواع المشكلات الجنسية وأسبابها. والمشكلات الجنسية هي في الأساس مشكلات تمنع الرجال والنساء من الاستمتاع بالعلاقات الجنسية.

٥–٥–١ المشكلات الجنسية عند الرجال

يعاني الرجال نوعين من المشكلات الجنسية:

- **العنّة.** وهي عندما لا ينتصب القضيب ويتصلّب أو لا يبقى منتصباً وصلباً، وبالتالي لا يقدر الرجل أن يقيم علاقة جنسية.
- **القذف المبكر.** وهو عندما يقذف الرجل (أي يفرغ السائل المنوي) بسرعة وقبل أن يتمكن أيّ من الشريكين من الاستمتاع بالعلاقة الجنسية.

الإطار ٥–١٠ متلازمة «دات» dhat – «أشعر بالضعف لأنني أفرغ السائل المنوي في أثناء نومي»

الرجال في بعض أنحاء قارة آسيا يعتقدون أن السائل المنوي (أي السائل الذي يخرج من القضيب الذكريّ عندما يكون الرجل مثاراً جنسيّاً) هو مصدر قوة بدنية. وقد يقلق الشبان عندما يلاحظون أنهم «يخسرون» السائل المنوي لأنهم يفرزونه في ثيابهم الداخلية في الليل، أو في أثناء التبول أو التغوّط. وقد يشعرون بالقلق الشديد حيال رغبتهم في الاستمناء. وإذا قاموا بالاستمناء، شعروا بالذنب والتوتّر. وسوف يأتي إلينا كثيرون من الرجال يشكون من التعب، والآلام والأوجاع، والعنة، والشعور بالرغبة في الانتحار. وسوف يقولون عادة إنّ سبب هذه الشكاوى هو الإفراز غير الإراديّ للسائل المنوي في أثناء التبوّل (ويسمّى متلازمة «دات» في آسيا الجنوبية). علينا أن نخصّص الوقت الكافي لنشرح للشخص الوظيفةَ الجنسية عند الرجل. ويمكننا إعطاؤه مَثَل كوب من الحليب، تضيف إليه الحليب باستمرار. وما إن يمتلئ الكوب بالحليب، حتى يفيض الحليب المضاف إلى خارج الكوب. وهذا ما يحصل بالنسبة إلى السائل المنوي في الجسم. ومن المهم أيضاً أن نشرح له أنّ الاستمناء هو سلوك جنسيّ طبيعيّ. وإذا شعر الشخص بالضغط أو بالإحباط، نعالجه بمضادات الاكتئاب (راجع الفصل ١١).

أما الأسباب الأكثر شيوعاً لهذه المشكلات الجنسية فهي:

- التوتّر إزاء الجنس، خصوصاً عندما يقيم الرجل علاقة جنسية للمرة الأولى مع شخصٍ معيّن.
- المفاهيم الخاطئة حول حجم القضيب، وإقامة علاقة جنسية مع امرأة في أثناء عادتها الشهرية، والاستمناء، وما إلى ذلك.
- قلّة أو عدم المعرفة في أمور الجنس ووظيفته الطبيعية، فهو أحد أبرز أسباب متلازمة «دات» عند الرجال الآسيويين (راجع الإطار ٥–١٠).
- الاكتئاب والتعب (من الصعب أن يستمتع الشخص بالعلاقة الجنسية إذا كان محبطاً أو متعباً).
- إدمان الكحول (الإكثار من الشرب قد يؤدّي إلى العنة عند الرجل).
- فقدان الرغبة الجنسية، الذي قد يصيب الرجل إذا لم يجد شريكته جذابة.
- تدخين السجائر الذي يمكن أن يؤثّر على مدّ الأعضاء التناسلية بالدم.
- مرض السكري الذي قد يؤثّر على الأعصاب وعلى مدّ الأعضاء التناسلية بالدم.
- بعض الأدوية مثل مضادات الاكتئاب وأدوية ارتفاع ضغط الدم.
- عدم توفّر التربية الجنسية عند النساء والرجال في البلدان العربية.

٥–٥–٢ المشكلات الجنسية عند النساء

المشكلات الجنسية الشائعة عند النساء هي:

- الشعور بالألم في خلال العلاقة الجنسية – وذلك قد يحدث إذا كان المهبل عند المرأة جافّاً، أو إذا حاول الرجل ممارسة العلاقة معها قبل أن تصبح جاهزة أو إذا حاول ممارسة الجنس معها بالإكراه.
- فقدان الرغبة الجنسية.

أما الأسباب الأكثر شيوعاً للمشكلات الجنسية عند المرأة فهي:

- فقدان السيطرة على القرار المتعلّق بالعلاقة الجنسية، أي أنها غير قادرة على اختيار الوقت الذي تريد (أو لا تريد) فيه ممارسة علاقة جنسية (راجع الإطار ٥–١١).

الإطار ٥–١١ الجندر والمشكلات الجنسية

في أماكن كثيرة، لا تسيطر المرأة على جسدها وعلى حياتها الجنسية مثل الرجل. فقد لا تستطيع أن تقرر ما إذا كانت تريد ممارسة العلاقة الجنسية وفي أيّ وقت تريدها. وقد تضطر لممارسة العلاقة الجنسية عندما يرغب زوجها في ذلك، ولا تشعر بالحرية لتطلب ممارستها عندما ترغب هي في ذلك. صحيحٌ أننا لن نقدر من خلال العيادة أن نغيّر الكثير بالنسبة إلى هذه المشكلة الاجتماعية، ولكن يمكننا أن نخفّف من المشكلات الجنسية. مثلاً، إذا شرحنا للمرأة أنّ رغبتها في ممارسة علاقة جنسية أو في إثارة نفسها هي أمر طبيعيّ، فقد نساعدها في نقض اعتقادها بأنه أمر مخجل. قد نستطيع أن نشرح للمرأة أنّ لها الحق في الوقاية من الحمل إذا لم ترغب فيه، وأن نعلّمها طرق الوقاية. أما المرأة التي ترغب في الاستمتاع بالعلاقة الجنسية ولكن مهبلها الجاف يمنعها من ذلك، فيمكننا أن نعلمها أن تستعمل المزلقات لترطيب المهبل. وبصفتنا عمالاً صحيّين، يمكننا القيام بالكثير لتغيير المواقف السلبية من النوع الاجتماعي . نراجع الفصل ١٠–٩ وكتاب «الصحة لجميع النساء» للحصول على المزيد من المعلومات عن هذا الموضوع (انظر المراجع).

- الالتهابات في الأعضاء التناسلية.
- التوتّر أو الخوف من العلاقة الجنسية.
- التعرّض للاعتداء الجنسي في الطفولة (راجع القسم ٨–٤) أو المرور بأي خبرة جنسية غير سعيدة أو مؤلمة، الأمر الذي يصعّب على المرأة الاستمتاع بالعلاقة الجنسية.

٥–٥–٣ السلوك الجنسي غير الطبيعيّ

السلوك الجنسي غير الطبيعي هو عندما يصدر عن الشخص سلوك جنسيّ في الأوقات غير الملائمة، مثلاً في الأماكن العامة، أو بطريقة تهديدية. ومن الأمثلة على السلوك الجنسي غير الطبيعيّ:

- أن ينزع الشخص ثيابه في مكان عام.
- أن يعرض الشخص أعضاءه التناسلية في مكان عام.
- أن يحاول شخص كبير في السن إقامة علاقة جنسية مع شريكته، بعد أن كانا قد انقطعا عنها منذ عدة سنوات.

عندما تحصل هذه الأمور، فإنها تسبّب قلقاً كبيراً للعائلة. وأحياناً يتعرّض الشخص لسوء المعاملة أو للضرب لأنه تصرّف بهذه الطريقة. ولكنّ عدداً كبيراً من الأشخاص الذين يصدر عنهم سلوك جنسيّ غير طبيعيّ يعاني اضطراباً نفسيّاً حادّاً أو مرضاً دماغيّاً. وقد نحتاج إلى إحالة هؤلاء الأشخاص على اختصاصيّ في الصحة النفسية.

٥–٥–٤ كيف نتعامل مع هذه المشكلة؟

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على الشخص الذي يعاني مشكلة جنسية

- ما هي المشكلة؟ ومتى بدأت؟ وماذا فعلت حيال هذه المشكلة حتى الآن؟ الأسئلة الصريحة عن المشكلة تساعد الشخص على الشعور بالارتياح لمناقشة هذا الموضوع الحساس معك. ومن المهم أيضاً أن نحصل على وصف واضح لمسار المشكلة.
- أخبرني عن علاقتك. منذ متى تعرف شريكتك (أو تعرفين شريكك)؟ كم يحب أحدكما الآخر؟ هل كنتما تستمتعان بالعلاقة الجنسية في السابق؟ ما هي الأمور التي تحبان القيام بها؟ من الصعب أن يستمتع الشخص بالجنس إذا كانت العلاقة غير سعيدة (راجع الإطار ٥–١٢).
- هل تمارس أو تمارسين العادة السريّة؟ هل تمارس الجنس مع شريك آخر؟ إذا كان الشخص يشكو من مشكلة جنسية مع شريك معيّن، قد تكون المشكلة ناتجة من صعوبة في العلاقة بينهما.

الإطار ٥–١٢ الجنس والعلاقات



قد يكون الجنس طريقة للتعبير عن الحنان والحب. وهو الوسيلة التي يتسنى من خلالها للشريكين أن ينجبا الأطفال وينشئا عائلة. وقد يكون الجنس أيضاً وسيلة للمتعة الجسدية والنفسية. فإذا واجه شخصٌ ما مشكلة جنسية، ستتأثر العلاقة مع الشخص الآخر أيضاً.

وبما أنّ الجنس مسألة حساسة إلى هذه الدرجة، ونادراً ما يناقشها الأشخاص على أنها مسألة «صحية»، فإنّ المشكلات المتعلّقة به غالباً ما تبقى مخبأة. وقد يعاني الشريكان التعاسة والشعور بالذنب، ويروح كل منهما يلقي بالتهمة على الآخر أو على نفسه في محاولة لفهم السبب الذي يمنعهما من الاستمتاع بممارسة العلاقة الجنسية معاً كما في السابق. وأحياناً، قد يتهم أحد الشريكين الآخر بالخيانة. لذلك، فإن المشكلات الجنسية قد تزيد التوتّر في الحياة اليومية بين الشريكين وتؤدي إلى الإحباط وإدمان الكحول، وتصبح العلاقة مغمورة بالبؤس أو تصل حتى إلى حدّ الانفصال. أما إذا نظرنا إلى المشكلات الجنسية من منظار آخر، فقد نجد أنها ليست سبباً لعلاقة غير سعيدة، بل هي نتيجة لعلاقة غير سعيدة. وبالتالي، في ظل علاقة تسودها الخلافات والصراعات بين الشريكين، من المستحيل أن تكون العلاقة الجنسية جيدة.

- هل تشعر / تشعرين بالتوتّر والانشغال الفكريّ مؤخراً؟ هل تشعر بأنك فقدت الاهتمام بالحياة اليومية؟ نسأل عن أعراض الاكتئاب والقلق (راجع الفصل الثاني).
- هل عانيت التهاباً في الأعضاء التناسلية؟

بالنسبة إلى الرجل، نطرح الأسئلة الآتية:

- هل تعاني مرض السكري أو ارتفاع ضغط الدم أو أيّ مرض طبيّ آخر؟
- هل تتناول أيّ أدوية؟
- هل تشرب الكحول؟
- هل تدخن السجائر؟
- هل لديك رغبة في إقامة علاقة جنسية ؟ عادة، إذا لم ينتصب الرجل أبداً، ينبغي أن نشتبه في سبب طبي للعنة.

بالنسبة إلى المرأة، نطرح الأسئلة الآتية:

- إلى أيّ مدى تسيطرين على ممارسة الجنس؟ مثلاً، هل تشعرين أحياناً بأنّ زوجك يجبرك على ممارسة العلاقة الجنسية؟

٥–٥–٥ نصائح للمقابلة

- نقابل الشخص على انفراد أوّلاً. وإذا وافق، ندعو الشريك / الشريكة للانضمام إلى المقابلة فيما بعد.
- نعطِي الشخص بعض الوقت لبناء الصلة والثقة. فالتكلم عن الجنس ليس سهلاً. لذلك، لا نستعجل.

ماذا ينبغي أن نفعل على الفور؟

نجري بعض الفحوصات البسيطة مثل فحص نسبة السكر في البول، وزرع البول، وذلك لاستبعاد مرض السكري والالتهابات.

في حال العنة:

- نشرح للشخص أنّ هذه مشكلة شائعة وأنها عادةً قصيرة الأمد.
- ننصحه بتجنّب التدخين وشرب الكحول قبل ممارسة العلاقة الجنسية.
- نناقش معه الأسباب المحتملة التي تدفع الرجل إلى التوتّر أو الانشغال الفكريّ، ونشرح له العلاقة بين هذه العواطف والعنة.



يمكننا أن نستمتع برفقة الحبيب بعدة طرق غير ممارسة العلاقة الجنسية

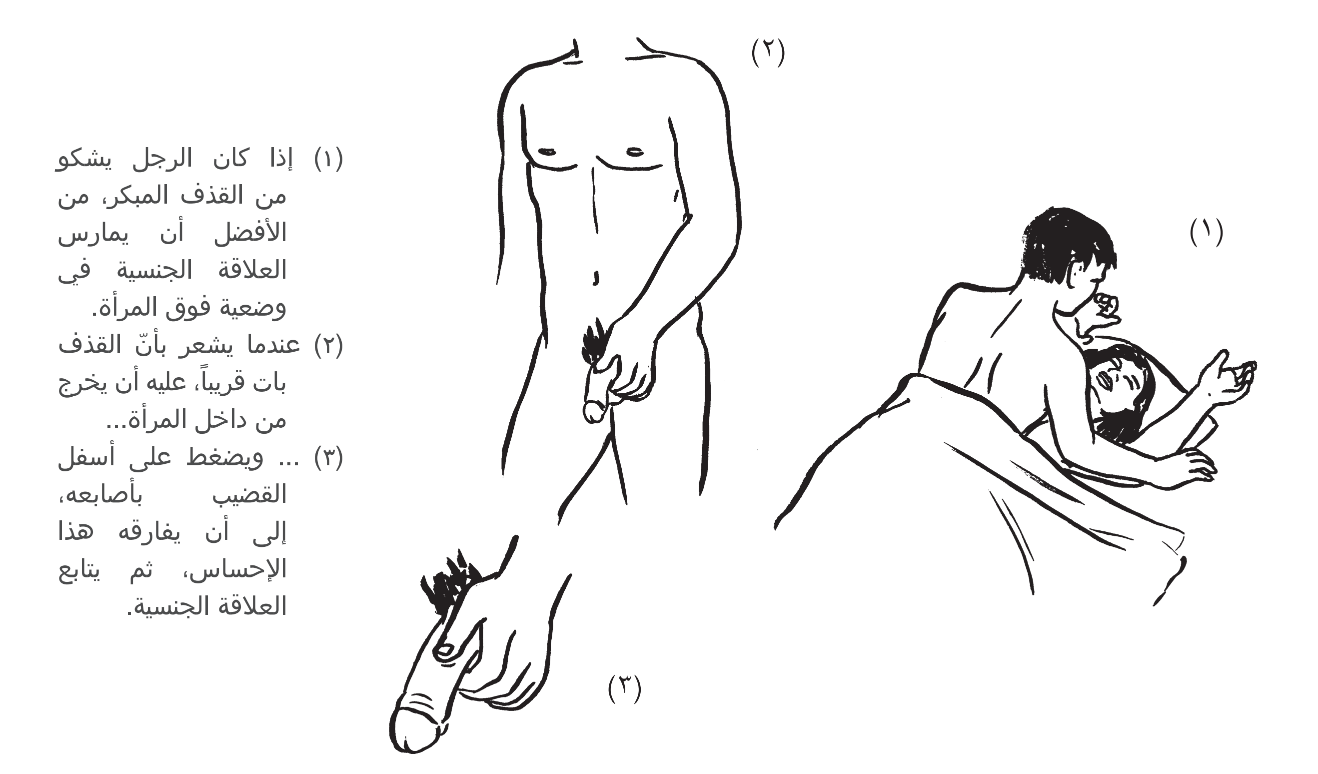
- ننصح الرجل بأن يمتنع عن إقامة علاقة جنسية لمدة أسبوعين، ولكن نطلب منه في هذه الفترة أن يسمح بالاحتكاك أو الاتصال الجسديّ الذي يُشعره بالفرح، والأنشطة الاجتماعية التي لا تشمل أيّ علاقة جنسيّة.
- نعطي الإرشاد للشريك (ة) ونشجعه (ها) على المشاركة في هذا العلاج.

في حال القذف المبكر، نشرح للشخص أنّ هذه المشكلة شائعة وأنّها تنتج عادةً من التوتّر. يمكن تأخير القذف من خلال تقنية الضغط على القضيب أو تقنية التوقف – البدء. ينبغي بالشخص أن يميّز الإحساس الذي يشير إلى أنّ القذف بات قريباً. وفي هذه اللحظة، عليه أن يوقف التحرّك الجنسيّ على الفور. ثم عليه أن ينتظر إلى أن يفارقه هذا الإحساس قبل أن يبدأ التحرّك الجنسيّ من جديد. أما تقنية الضغط على القضيب، فتقضي بأن يضغط الشخص على القضيب (انظر الصورة في الصفحة المقابلة) ما إن يشعر باقتراب القذف. هذا الضغط يؤخّر عملية القذف ويوقفها. هاتان التقنيتان تعطيان الرجل الثقة بأنه قادر على السيطرة على عملية القذف.

بالنسبة إلى المرأة التي تشعر بالألم في أثناء العلاقة الجنسية:

- نشرح لها أنّ هذه المشكلة شائعة، وأنها غالباً ما تنتج عن التوتّر، أو عن أنّ المرأة ليست مثارة جنسيّاً.
- إذا وافقت، نعطي الرجل الإرشاد اللازم ونشرح له أنه ينبغي أن يثير المرأة جنسيّاً لكي يصبح مهبلها رطباً، وألا يقيم العلاقة الجنسية إلا عندما يرغب الشريكان في ذلك.
- ننصح المرأة باستعمال المزلّقات للمهبل مثل الزيوت.

يُعتبر نقص الرغبة الجنسية مشكلةً عندما يرغب أحد الشريكين أكثر من الشريك الآخر في إقامة علاقة جنسية. إذا استطعنا، نعطي الإرشاد لكلٍّ من الشريكين على حدة، ولهما معاً. نطمئن الشريكين إلى أنّ هذه المشكلة غالباً ما تنتج عن مشكلات زوجية أكثر منها عن مشكلات في الأعضاء التناسلية. نكتشف المشكلات الزوجية بينهما، ونشجعهما على مناقشة مشاعرهما ومخاوفهما. نحدّد الأنشطة التي كان الشريكان يحبان ممارستها معاً (مثل لقاء الأصدقاء)،



(١) إذا كان الرجل يشكو من القذف المبكر، من الأفضل أن يمارس العلاقة الجنسية في وضعية فوق المرأة.
(٢) عندما يشعر بأنّ القذف بات قريباً، عليه أن يخرج من داخل المرأة...
(٣) ... ويضغط على أسفل القضيب بأصابعه، إلى أن يفارقه هذا الإحساس، ثم يتابع العلاقة الجنسية.

ونقترح عليهما أن يقوما بهذه الأنشطة أكثر (يمكننا الحصول على المعلومات عن المساعدة في المشكلات الزوجية في القسم ١٠–٧). نقترح على الشريك الذي يشعر بالرغبة أكثر من الشريك الآخر أن يمارس العادة السرية ليريح نفسه (راجع الإطار ٥–١٣).

متى ينبغي أن نحيل الشخص على اختصاصيّ؟

ينبغي إحالة الشخص على اختصاصيّ في الحالات الآتية:

- إذا صدر عن الشخص سلوك جنسي غير طبيعيّ، مثل نزع ملابسه في الأماكن العامة.
- إذا استمرّت المشكلات الجنسية عند الشخص على الرغم من الإرشاد والتعليم.
- إذا اشتبهنا في أنّ المشكلة الجنسية ناتجة من مرض بدني خطير مثل السكري أو أحد الأمراض المنقولة جنسيّاً.

الإطار ٥–١٣ العادة السرية: طريقة صحية ليعطي الشخص نفسه الشعور باللذة

لكلّ شخص حياته الجنسية الخاصة. فبعض الأشخاص مثلاً، قد يكون عنده نزوات جنسية معينة، أو قد يثير أعضاءه الجنسية بنفسه (العادة السرية). ويعتقد بعض الأشخاص أنّ هذا خطأ. وبعض الذين يمارسون العادة السرية يشعر بالخوف من أن «يضبطه» أحد، أو بالذنب لأنه يرتكب خطأ. وهذه المشاعر قد تسبب التوتّر والتعاسة. أما العنة فقد تعتبر مشكلة إذا لم يتصلّب القضيب عند الرجل في أثناء الاستمناء. وفي بعض الحالات، تشعر المرأة بالذنب الشديد عندما تمارس العادة السرية. ويظنّ بعض الأشخاص أن هذه الممارسة دليل على ضعف أخلاقي. العادة السرية هي ممارسة جنسية طبيعية للرجال والنساء على حدٍّ سواء. والعادة السرية هي ممارسة جنسية آمنة، ولا تسبب أيّ مشكلات صحية.

ماذا نفعل بعدئذٍ؟

نعاين الشخص أو الشريكين بعد أسبوع، ومن ثمّ كل أسبوعين لنراقب ما إذا كانا يتبعان إرشاداتنا. غالباً ما يرتاح الشخصان بعد أن يناقشا المشكلة معنا ونفسّرها لهما، الأمر الذي يحسّن الصحة الجنسية عندهما.

٥-٥-٦ العلاقات الجنسية المثلية والصحة النفسية



العلاقات الجنسية المثلية هي العلاقات الجنسية بين رجل ورجل أو بين امرأة وامرأة. ثمة وجهات نظر قاسية جدّاً حيال هذا النوع من السلوك الجنسيّ. وهو يُعتبر في بعض الأماكن مشكلةً نفسية أو حتى جرماً يُعاقب عليه. فبصفتنا عمالاً صحيِّين، من المهم جدّاً أن نتعامل مع العلاقات المثلية على أنها وجه آخر من أوجه الاختلاف بين العلاقات البشرية. العلاقات المثلية ليست مشكلة صحية نفسية. وتماماً مثلما نجد مشكلات جنسية في العلاقات بين الرجال والنساء، كذلك نجدها في العلاقات المثلية. وفي الواقع، قلّة من الأشخاص مثليّي الجنس يناقشون مشكلاتهم الجنسية مع العامل الصحي، لأنهم يخافون من أن ينتقدهم أو يسخر منهم. وغالباً ما يُضطهد الأشخاص الذين يشعرون بالانجذاب إلى الأشخاص من الجنس نفسه، لذلك قد يعاني بعضهم الوحدة، والشعور بالذنب، والخوف، والبؤس. وإذا استطعت أن تتعاطف مع هذه الحالة، وأن نقدم للرجال والنساء المثليي الجنس الفرصة لمناقشة مشكلاتهم في جوٍّ من الثقة، قد نساعدهم على التعامل بشكل أفضل مع عزلتهم ووحدتهم.

٥-٥-٧ الجنس والأشخاص الذين يعانون تأخراً عقلياً

غالباً ما نعتبر أن ليس عند الأشخاص الذين يعانون تأخراً عقليّاً حياة جنسية. ولكن إذا كان بعض الأشخاص تأخراً عقليّاً، هذا لا يعني أنهم لا يختبرون المشاعر والرغبات الجنسية. غير أنهم، لسوء الحظ، وبسبب تأخرهم العقليّ، من النادر أن يلتقوا الشخص الذي قد يرغب في ممارسة علاقة جنسية معهم. وقد لا يجيدون التعبير عن مشاعرهم الجنسية كما يجيده الآخرون. ولهذه الأسباب، قد يشعرون بالبؤس والغضب، وقد يصدر عنهم سلوك جنسي غير طبيعي. يحتاج هؤلاء الأشخاص (وعائلاتهم) إلى الإرشاد لكي يفهموا السلوك الجنسيّ. يمكننا أن نقترح على الشخص ممارسة العادة السرية للحصول على اللذة الجنسية. ولكن، قد يصبح السلوك الجنسيّ عند البعض منهم غير طبيعيّ أحياناً، حتى إنه قد يشكل خطراً على الآخرين. نحيل هؤلاء الأشخاص إلى اختصاصيّ في الصحة النفسية.

الإطار ٥-١٤ ما ينبغي أن نتذكره عندما نتعامل مع المشكلات الجنسية

- غالباً ما تنتج المشكلات الجنسية عن علاقة غير سعيدة. وقد تزيد المشكلات الجنسية من حدة المشكلات في العلاقة. نعمل قدر الإمكان مع الشريكين.
- تتعلّق بعض المشكلات الجنسية بأمراض جسدية خطيرة، مثل السكريّ. وغالباً ما ينتج السلوك الجنسي غير الطبيعيّ عن أمراض نفسية حادة.
- قد يؤدي الإحباط، والقلق، وإدمان الكحول إلى مشكلات جنسية.
- الخصوصية هامة جدّاً. فإذا أطلعنا الشخص على مشكلات جنسية لا يريد أن يعرفها شريكه، علينا احترام هذه الرغبة.
- نادراً ما يشكو الأشخاص مشكلتهم الجنسية. بالأحرى، سوف تكون شكواهم جسدية (مثل التعب). فمن الجيد أن نطرح على الشخص سؤالاً بسيطاً مثل «كيف تجري الأمور في العلاقة بينك وبين شريكك مؤخّراً؟».
- ينتج عدد كبير من المشكلات الجنسية عن الجهل في موضوع الأداء الجنسيّ. فزيادة معرفة الأشخاص في هذا الموضوع، غالباً ما تكون العلاج الوحيد والأكثر فعالية للمشكلات الجنسية.

٥–٦ فقدان إحدى الوظائف الجسدية بشكل مفاجئ

يعالج هذا القسم مسألة فقدان إحدى الوظائف الجسدية، مثل القدرة على التكلم، أو تحريك جزء من الجسم؛ أو فقدان إحدى الوظائف النفسية، مثل الذاكرة أو الوعي. السبب الأول الذي ينبغي التفكير فيه هو «مرض» دماغيّ، لا سيّما جرح في الدماغ أو جلطة دماغية. ويحتاج ذلك إلى تدخّل طبي فوريّ. غير أنّ هذا الفقدان المفاجئ لوظيفة ما، قد ينتج عن مشكلات نفسية. وفي هذه الحال، تسمّى هذه المشكلة «اضطراب الاقلاب» Conversion Disorder.

٥–٦–١ كيف يمكن أن تنتج مشكلة «جسدية» إلى هذا الحدّ، عن مشكلات نفسية؟

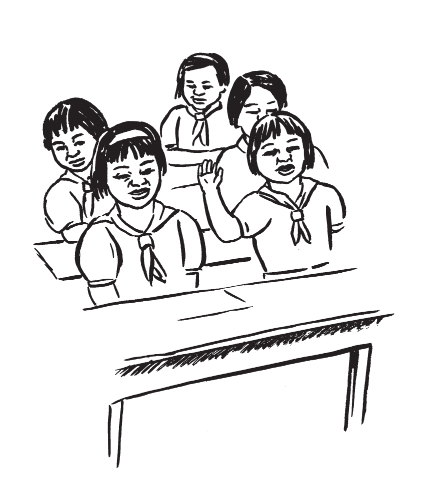
نتخيّل أنّ شخصاً، لا سيّما فتاة شابة، تعاني الكثير من الضغط. وقد ينتج هذا الضغط من رسوبها في امتحان، أو من نهاية علاقة حبّ، أو من اضطرارها للزواج من شخص لا تريد الزواج به. فقد يكون من الصعب عليها أن تتكلم بصراحة عن سبب الضغط أمام العائلة، لأسباب وجيهة. إذا أصيبت هذه الشابة بمرض جسدي خطير جدّاً، فسوف تحجب هذه المشكلة أيّ مشكلة أخرى قد تعانيها.

هذا بالضبط ما يحدث في اضطراب الاقلاب. الضغط النفسي الذي يعانيه الشخص «يتحوّل» بالحرف الواحد إلى عارض جسدي. تظهر هذه الحالة عادةً بشكل مفاجئ وهي بطبيعتها مروعة، وتسمى أيضاً «هستيريا». أما الأعراض الأكثر شيوعاً للتحوّل فهي:

- فقدان الصوت.
- فقدان النظر.
- فقدان القدرة على المشي أو على استعمال الذراعين.
- نوبات تشنّجية (راجع أيضاً القسم ٤–٥).

  قد تتأثر الوظائف النفسية أيضاً باضطراب الاقلاب، مثلاً:
- القدرة على تذكّر الأمور (قد ينسى الشخص فترات بكاملها من حياته).
- درجة الوعي (قد يبدو الشخص مشوّشاً أو في حالة من النشوة).

٥–٦–٢ هل يمكن أن يحصل هذا على غرار وباء؟



على الرغم من أنّ الاضطرابات النفسية ليست معدية، إلا أنّ اضطراب التحوّل قد يصيب عدة أشخاص يعيشون معاً. والمثل النموذجيّ على ذلك هو عند الأولاد في المدارس، لا سيّما الفتيات. فإذا ظهر عَرَض تحوّل عند إحدى الفتيات، قد يظهر أيضاً عند بعض الفتيات الأخريات، الأمر الذي يبدو شبيهاً بوباء. وأحد أسباب هذه الظاهرة هو أنّ الأولاد يشعرون أكثر من سواهم بأنّ المشكلة هي مرض خطير. وبسبب الخوف والجهل، يشعر الأطفال بالضغط، ولأنهم يعرفون مسبقاً طبيعة العَرَض (لأنهم رأوه عند أحد زملائهم)، «يتحوّل» هذا الضغط إلى العارض نفسه.

٥–٦–٣ متى ينبغي أن نشتبه في أنّ السبب نفسيّ؟

عدّة إشارات قد تدفعنا للشكّ في أنّ سبب العَرَض هو نفسي:

- إذا كان عمر الشخص أقلّ من أربعين عاماً، يُستبعد احتمال المرض الدماغي.
- إذا لم نجد أيّ دلائل أخرى على مرض جسدي خطير (مثلاً، الأشخاص الذين يعانون سكتة دماغية قد يُصابون

بالشلل في إحدى جهتَي الوجه).

- إذا تغيّرت الأعراض بين الحين والآخر.
- إذا كنا متأكدين من أنّ الشخص قد واجه حالة من الضغط منذ وقت غير بعيد، مثل امتحان.
- إذا كنا متأكدين من أنّ الشخص يُصاب بالمرض لكي يتجنّب حالة مسبّبة للضغط، أي أنه يتجنّب الزواج مثلاً.

٥-٦-٤ كيف نتعامل مع هذه المشكلة؟

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على أفراد العائلة أو الأصدقاء:

- كيف بدأت المشكلة؟ العَرض الذي يظهر فجأةً ومن دون أيّ إشارات مسبقة لمشكلات صحية وعضوية، غالباً ما يكون عرض إقلاب (تحويل conversion).
- هل تعرّض الشخص لحالة مسبّبة للضغط أخيراً؟ ينبغي أن نتحرّى بشكل خاص عن الامتحانات ومشكلات العمل والتحضير للزواج.

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على الشخص الذي يُحتمل أنه يعاني أعراض الإقلاب:

- كيف بدأت هذه المشكلة؟ نتأكد من عدم وجود أيّ إصابات أو أمراض جسدية.
- هل كان يشغل فكرك أمرٌ ما مؤخّراً؟ نطرح الأسئلة عن مشكلات العائلة والعلاقات الحميمة. وإذا كان الشخص طالباً، نسأله عن الصعوبات المدرسية وأدائه في الامتحانات.
- نطرح الأسئلة عن أعراض الاكتئاب والقلق (راجع الفصل ٢).

ما يجب أن نلاحظه أثناء المقابلة

- الدلائل الواضحة على «المرض» الدماغيّ، مثل الإشارات التي تدل على شلل في الأطراف (أي إذا كان أحد أطرافه مرتخياً أو عضلاته نحيلة).
- بعض الأشخاص الذين يعانون أعراض تحوّل يبدو عليهم عدم الاكتراث لتلك الأعراض، مع أنها تبدو خطيرة جدّاً. عدم الاكتراث هذا، قد يكون دليلاً على أنّ الأعراض سببها نفسي.





نصائح للمقابلة

- قد يكون الشخص مشغول الفكر بسبب بعض المسائل التي يعتبرها شخصية. فلن يرتاح لإطلاعنا على هذه المسائل بحضور أفراد العائلة أو أشخاص آخرين.
- بعض الأشخاص يصبح صامتاً كليّاً. فلا يتكلم أبداً وقد يبدو حتى إنه لا يستمع إلينا. لا نغضب أبداً بسبب ذلك، فهم يصمتون بسبب الضغط، ولا يحاولون عن قصد أن يصعبّوا علينا العمل.

ماذا ينبغي أن نفعل على الفور؟

- نتأكد من أنّ الأعراض ليست ناتجة من مرض طبيّ.
- نشرح للعائلة أنّ «المرض» لا يهدد حياة الشخص. ولكن لا تدفعهم إلى الظنّ أنّ الشخص يدّعي المرض.
- غالباً ما تزول الأعراض بسرعة، أي في غضون ساعات أو بضعة أيام. نستعمل هذا الوقت لبناء الصلة بيننا وبين الشخص. لا نُظهر أننا نقلق بشأن الأعراض بحدّ ذاتها، بل نخصّص الأهمية الكبرى للأمور التي تسبّب الضغط للشخص.
- الطريقة الفضلى للتحسّن السريع هي أن يتكلم الشخص بصراحة عمّا يشغل فكره ويسبّب له الضغط، وأن يفهم أنّ الأعراض قد تكون متعلّقة بهذه الصعوبات الحياتية.
- نشجع الشخص على التفكير في طرق لحلّ مشكلاته (راجع القسم ٣–٢–٥ للاطلاع على تقنية حل المشكلات).
- نبعد تفكيره عن دخول المستشفى والاستراحة المطوّلة، فهذان الأمران يزيدان قناعته بأنّ «المرض» هو مرض جسدي خطير وقد يطيّلان مدة الأعراض.
- نتجنّب إعطاء الشخص أيّ دواء.
- نعالج الشخص الذي يعاني الإحباط بالطريقة المفصّلة في القسم ٣.

متى ينبغي أن نحيل الشخص على اختصاصيّ؟

ينبغي أن نحيل المريض على اختصاصيّ في الحالات الآتية:

- إذا استمرّت الأعراض أكثر من أسبوع.
- إذا ارتفعت حرارة الشخص، أو إذا كنا نعرف أنه يعاني مرض السكري أو ارتفاع ضغط الدم.
- إذا أصيب الشخص بجروح في أثناء نوبة من الأعراض، إو إذا لم يتناول الطعام أو السوائل منذ ٢٤ ساعة.

ماذا ينبغي أن نفعل بعدئذٍ؟

نطلب من الشخص أن يزورنا بعد أسبوع، ومن ثمّ، وبحسب حالته، كلّ شهر لمدّة ثلاثة أشهر. فهذا سوف يساعدنا على أن نبني علاقة مع الشخص ونفحص تكيّفه مع الصعوبات.

الإطار ٥–١٥ ما ينبغي أن نتذكره عندما نتعامل مع أعراض يُحتمل أن تكون أعراض الإقلاب (conversion تحوّل)

- نفكّر دائماً في أنّ الأعراض الجسدية أو النفسية المفاجئة سببها مرض جسدي. ولا نفكّر في «اضطراب الإقلاب» إلا بعد استبعاد الأمراض الجسدية .
- اضطراب التحوّل هو الاسم الجديد للـ «هستيريا». وأعراض التحوّل الأكثر شيوعاً هي فقدان الصوت، والشلل، والتشنجات، وفقدان الذاكرة،. والتصرّف بطريقة مشوّشة.
- الضغط هو سبب اضطراب التحوّل.
- معظم الأشخاص الذين يعانون اضطراب التحوّل يشفون وحدهم. ولكن إذا ساعدناهم على أن يتكلموا عن الضغط الذي يشعرون به، فسوف نساعدهم على أن يشفوا أسرع.
- أعراض التحوّل مفاجئة ومروّعة بطبيعتها، ولذلك غالباً ما ينشغل فكر العائلة، وتشعر بالخطر. نشرح لأفراد العائلة ما يجري.

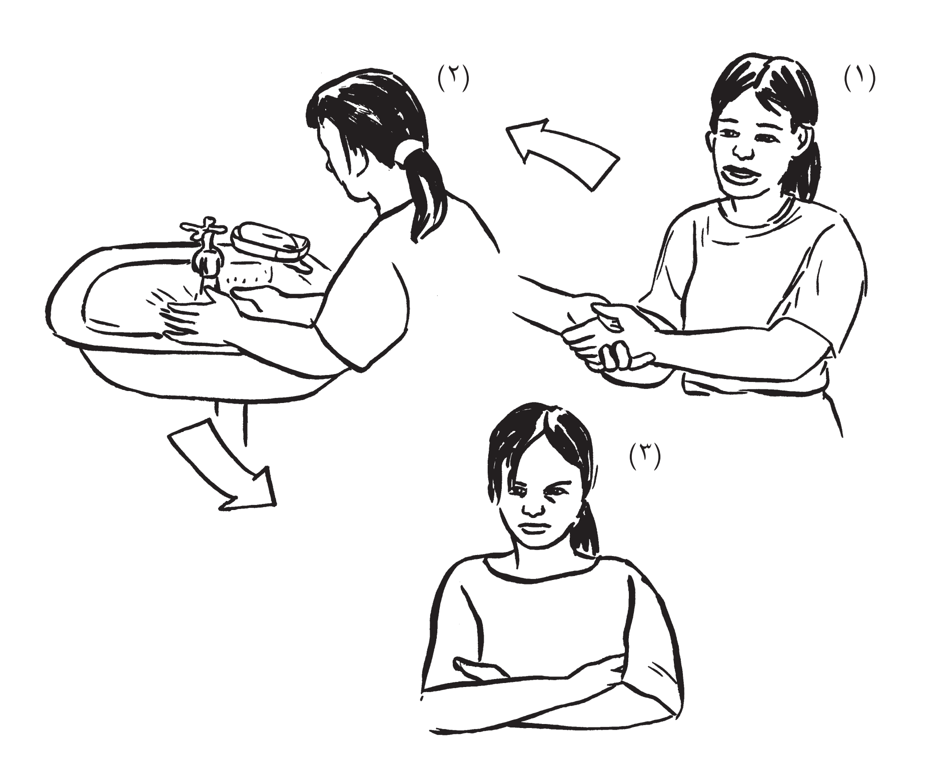
٥-٧ الشخص الذي يكرر السلوك نفسه مرة بعد أخرى

يعاني بعض الأشخاص اضطراباً يتمثل بتكرار السلوك نفسه مرة بعد أخرى. والسلوك النموذجيّ لهذا الاضطراب هو غسل اليدين أو أخذ حمام (عدة مرات في اليوم الواحد). وثمة أمثلة أخرى على ذلك، مثل الشخص الذي يتأكد أكثر من مرة من أنه قام بعمل ما، مثل التأكد من أنه أقفل الباب. تسمّى هذه الأعراض ب «السلوك القهري». بعض الأشخاص يشكو أيضاً من أفكار تتكرر وتتكرر، فتسبّب له الضغط، مثل الأفكار الجنسية، أو التفكير في قتل شخص قريب ومحبوب. وهذا النوع من الأفكار يسمّى «الوسواس». غالباً ما يتصل السلوك القهري بالوسواس. أي أنّ الشخص قد يفكر باستمرار مثلاً في أنه متّسخ، وخصوصاً عندما يلمس شيئاً معيناً، الأمر الذي يدفعه إلى غسل يديه مراراً وتكراراً. وقد يفكر الشخص باستمرار في أنه لم يقفل الباب، فيتأكد عدة مرات من أنه أقفله. ربما يكون من الطبيعي أن يحصل هذا الأمر مرة أو اثنتين. ولا يعتبر دليلاً على «مرض» إلا إذا حصل أكثر من مرة في اليوم، وسبّب الضغط للشخص. السلوك القهريّ والوسواس هما عرضان لاضطراب نفسيّ يسمّى «اضطراب الوسواس القهريّ». وفي الواقع، قلة من الناس يشكون هذه الأعراض إلى عامل صحي. ولذلك، قد تسبّب هذه الأعراض التعاسة لعددٍ كبير منهم، وغالباً ما يشكون من التعب أو الانشغال الفكريّ أو الاكتئاب.

٥-٧-١ كيف نتعامل مع هذه المشكلة؟

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على الشخص الذي يحتمل أنه يعاني سلوكاً قهريّاً أو وسواس:

- هل تراودك بعض الأفكار مراراً وتكراراً؟ أيّ نوع من الأفكار؟ هل تُشعرك هذه الأفكار بالتوتّر؟ هذه الأسئلة متعلّقة بالوسواس.
- هل تقوم بالتصرّف نفسه مرّة بعد أخرى؟ أيّ نوع من التصرّفات؟ هذه الأسئلة متعلّقة بالسلوك القهريّ.
- هل تشعر بالتعاسة أو بالاكتئاب؟ هل شعرت أخيراً بأنك تفقد الاهتمام بالحياة اليومية؟ نطرح الأسئلة المتعلّقة بالاكتئاب(راجع الفصل ٢).



نوع شائع من أنواع سلوك الوسواس – القهريّ.

(١) يشعر بعض الأشخاص بأنهم يتّسخون عندما يلمسون شيئاً ما، مثلاً عندما يسلّمون باليد على أحد.

(٢) هذه الأفكار تدفعهم إلى الرغبة في غسل أيديهم بعد كل مرة يلمسون فيها أحداً.

(٣) هذا يُشعرهم بالتعاسة وبالأسى لأنهم يعرفون أنّ الأمر غير منطقيّ.

ماذا ينبغي أن نفعل على الفور؟

- نسأل الشخص عن معاناته وعما يفعله في هذا الشأن. هذا سيعطيه الفرصة ليناقش أعراضه بثقة.
- ندرّب الشخص على تمارين التنفّس والاسترخاء (راجع القسم ٣–٢–٣).
- ندرّبه على كيفية مقاومة السلوك القهري والوسواس (راجع الإطار ٥–١٦).
- نحاول استعمال الأدوية (راجع القسم الرابع):

- فلويوكزيتين fluoxetine، ٢٠ ملغ يوميّاً لمدة ستة أسابيع. وإذا لم يتحسّن الشخص، نرفع الكمية إلى ٤٠ ملغ يوميّاً، ونستمرّ بإعطاء الدواء لمدة ستة أشهر على الأقل.
- كلوميبرامين clomipramine، وهو مضاد للاكتئاب ثلاثي الحلقات tricyclic antidepressant اكتُشف أنه مفيد ضد الاضطراب الوسواسي القهريّ. نبدأ بجرعة صغيرة من ٢٥ ملغ في الليل، ونزيدها بقيمة ٢٥ ملغ كل ثلاثة أو أربعة أيام، إلى أن تبلغ الجرعة الكاملة التي تساوي ١٥٠ ملغ ليلاً.

الإطار ٥–١٦ كيف نساعد شخصاً على تخطي الوسواس والسلوك القهريّ؟

المواجهة ومنع ردّ الفعل

يرتكز هذا النوع من العلاج على وضع الشخص في مواجهة الأفكار المسبّبة للوسواس أو الحالة التي تسبب هذه الأفكار، وفي الوقت نفسه منعه من القيام بالسلوك القهري. سوف يساور الشخص القلق المرتبط بهذه الأفكار، ولكنه من خلال مقاومة ردّ الفعل، سوف يتخطى القلق، ويتعلم التكيّف مع الأفكار بالشكل الملائم. فلنأخذ مثلاً سلوكاً قهريّاً شائعاً، وهو غسل اليدين، لنجسّد كيف يُطبَّق هذا العلاج فعليّاً.

- نسأل الشخص عن الحالات التي تدفعه إلى غسل يديه. قد يقول مثلاً إنه كلما رأى وسخاً في البيت، عليه أن يغسل يديه.
- نشرح له العلاج، ونقول له بشكل خاص إنه سوف يشعر بالتوتّر في خلال تطبيق العلاج. ينبغي أن يتوقّع ذلك، فهو جزء من عملية التحسّن.
- نطلب منه أن يجد بعض الوسخ في العيادة، وعندئذٍ نطلب منه أن يقاوم الرغبة الملحّة في غسل يديه. سوف يشعر بالتوتّر، ولكن هذا التوتّر سوف يتضاءل مرة بعد مرة.
- بعد أن يقوم بذلك، نشرح له أنّ هذه هي الطريقة التي عليه اتباعها لمنع السلوك القهريّ في المنزل.
- نعاينه مرة أخرى بعد أسبوع لنرى مدى تجاوبه. إذا لم يستطع القيام بالعلاج في المنزل، نحاول أن نعرف السبب، وأن ندفعه إلى المحاولة مرة أخرى.

معالجة الوسواس وحده

بعض الأشخاص تراودهم الأفكار المسببة للأسى، من دون أن يصدر عنهم أيّ سلوك قهريّ. وغالباً ما يلجأ هؤلاء الأشخاص إلى إلهاء أنفسهم «بطقوس» ذهنية اعتادوا على استعمالها أيضاً، بهدف تجنّب الأفكار المسبّبة للأسى. يبقى المبدأ العلاجيّ هو نفسه: بالتعرض المتكرر للأفكار التي يخافها، وبمقاومة أيّ «طقوس» ذهنية، سوف تتحسّن حال الشخص تدريجيّاً. ويبقى العنصر الأساسيّ هو الممارسة الدائمة لهذه المبادئ العلاجية وخصوصاً في البيت.

الخطوات هي التالية:

- استحضار الأفكار الموسوسة عمداً لمدة محددة مسبقاً، دقيقة واحدة مثلاً، ومن ثم زيادة هذه المدة تدريجيّاً.
- تدوين الأفكار بشكل متكرر.
- منع أيّ وسائل ذهنية أو مُلهية من التدخل في هذه الأفكار.
- السيطرة على الأفكار.

أما النقطة الأخيرة، أي السيطرة على الأفكار، فهي تقنية تقضي بأن يقرر الشخص التفكير في الفكرة الموسوسة، ومن ثمّ أن يقول لنفسه: «كفى». وعلى الشخص أن يستعيض عن هذه الفكرة بالتفكير المفصّل في فكرة بديلة أو مشهد بديل يثير اهتمامه ويريحه. وقبل البدء بهذا العلاج، نساعد الشخص على أن يدون لائحة بأكبر عدد ممكن من الأفكار الموسوسة والأفكار البديلة. وتماماً كما في العلاجات الأخرى، على الشخص أن يقوم بهذا العلاج للمرة الأولى معنا، ومن ثمّ لفترات محددة في البيت إلى أن يتمكن من إيقاف الأفكار الموسوسة ساعة يريد.

متى ينبغي أن نحيل الشخص على اختصاصيّ؟

إذا لم تنفع الخطوات المذكورة أعلاه، نحيل الشخص على اختصاصيّ.



الإطار ٥–١٧ ما ينبغي أن تتذكره عندما تتعامل مع الوسواس والسلوك القهريّ

- السلوك القهري هو نوع من التصرّف يقوم به الشخص تكراراً. أما الوسواس فهو أن تساور الشخص أفكار معينة بشكل متكرر. هذه الأمور تحدث في اضطراب الوسواس – القهري.
- من أنواع السلوك القهري الأكثر شيوعاً، الغسل المتكرر لليدين والتأكد مراراً من القيام بعمل ما.
- صحيح أنّ اضطراب الوسواس – القهري ليس شائعاً، ولكنه يسبب الكثير من الأسى والإعاقة.
- معظم الأشخاص الذين يعانون اضطراب الوسواس – القهري، تفيدهم تقنيات الإرشاد والأدوية المضادة للاكتئاب.

الفصل السادس

العادات التي تسبّب المشكلات والإدمان

ماذا نعني بالمادة المؤثرة على النفس؟

الكحول والتدخين واستهلاك الحشيش (القنب) والهيروين والكوكايين وغيرها هي مواد مؤثّرة على النفس والدماغ psychoactive substance[١]:

- هي تؤثّر على النشاط العقلي والأحاسيس والسلوك، ويشكّل استهلاكها خطراً على الصحة ويؤثّر على الحياة الاجتماعية اليومية وقد يؤدّي إلى الإدمان.
- لها مفاعيل مختلفة على الجسد بحسب خصائص وآثار وخطورة كل منها.

تختلف آثار المخدرات أو المواد المؤثّرة على النفس بحسب نوعية المواد المستعملة ونسب استهلاكها. كما تختلف أسباب الاستهلاك من شخص إلى آخر وفق شخصية الفرد وتاريخه ووضعه الصحي ومحيطه العائلي والاجتماعي.

يميّز المجتمع العلمي ثلاثة أنماط من الاستهلاك سواء أكانت المادة مشروعة أم لا:

- **الاستهلاك:** تناول المواد المؤثّرة على النفس بشكل لا يؤدّي إلى مشكلات صحية أو اضطرابات في السلوك تكون نتائجها مؤذية للآخرين.
- **الاستهلاك المضرّ (أو الاستهلاك المسبّب للمشكلات):** الذي يحدث أضراراً جسدية أو نفسية أو اجتماعية لدى المستهلك ومحيطه القريب أو البعيد.
- **الإدمان:** الذي يكون إما مفاجئاً أو تدريجياً باختلاف المواد المستهلكة وطريقة الاستهلاك. وهو يحصل عندما لا يعود الفرد قادراً على التوقّف عن الاستهلاك، وإلا تعرّض إلى معاناة جسدية و/أو نفسية.

عندما تصبح حياة الفرد اليومية مركّزة بشكل أساسي على البحث عن المادة وتناولها، عندئذ يكون قد دخل في دائرة الإدمان.

هناك نوعان من الإدمان قد يتلازمان في بعض الحالات: الإدمان النفسي والإدمان الجسدي. وهما يترافقان مع الأعراض العامة الآتية:

- عدم القدرة على الاستغناء عن الاستهلاك.
- ارتفاع التوتر الداخلي والقلق قبل وقت الاستهلاك الاعتيادي.
- الشعور بفقدان السيطرة على الذات خلال الاستهلاك.

الإدمان النفسي

يؤدّي الحرمان من مادة معيّنة إلى الشعور بالانزعاج والخوف وقد يصل حد الاكتئاب. فبعد الانقطاع عن الاستهلاك،

(١) «المخدرات: معرفة أكثر خطر أقل – كتيّب المعلومات». جمعية سكون ووزارة الصحة في لبنان. www.skoun.org.

يحتاج الفرد المدمن إلى بعض الوقت للتأقلم مع حياته الجديدة. فالعيش من دون مخدّر يحدث فراغاً في حياته ويعاوده الشعور بالضيق الذي كان يرمي إلى إزالته عبر استهلاك المخدر. وهذا ما يفسّر الانتكاسات المحتملة كجزء من عملية بطيئة تسمح على المدى الطويل بتصوّر الحياة من دون استهلاك.

الإدمان الجسدي

يؤدي بعض المواد إلى إدمان جسدي: يطالب الجسد بالمادة عبر أعراض جسدية كتعبير عن حالة من النقص.

يؤدّي الحرمان من بعض المواد كالمسكّنات والسجائر والكحول وبعض الأدوية النفسية إلى حالة من الانزعاج الجسدي تختلف أعراضه باختلاف المادة: أوجاع في ما يتعلّق بالمنومات وارتجافات هامة في ما يتعلّق بالكحول وقد تترافق هذه الأعراض مع اضطرابات في السلوك والشعور (قلق وتوتر).

إن توقّف الفرد بشكل تدريجي أو مفاجئ عن تعاطي مادة مؤثّرة على النفس يسمّى الفطم. يمكن للمدمنين طلب مساعدة طبية ونفسية من أجل تحرير الجسد من الحاجة إلى المادة دون الشعور بالآثار الجسدية للانقطاع عن استهلاكها.

٦–١ الشخص الذي يفرط في شرب الكحول

تُستهلك المشروبات الكحولية في مجتمعات كثيرة حول العالم. وبعض أنواع هذه المشروبات عالميّ، مثل البيرة (الجعة) والويسكي. أما بعضه الآخر فهو فريد ومرتبط بالمجتمع المحدد، مثل العرق في بعض البلدان العربية(لبنان وسوريا وفلسطين) و«شيبوكو» chibuku في زمبابواي وال «فيني» feni في منطقة «غوا» Goa في الهند. وفي بعض الأماكن، يصنّع الناس المشروبات الكحولية في المنازل. إلا أنّ المشروبات المصنّعة بطريقة غير شرعية قد تحتوي على مواد كيميائية خطيرة، وحتى مميتة. معظم الأشخاص الذين يشربون الكحول، يشربون من حين إلى آخر عندما يكونون برفقة أصدقائهم. وثمة أشخاص يشربون بوتيرة أعلى ولكن لا يتخطون أبداً الكمية المعتدلة لكل يوم. ولكنّ بعض الأشخاص يشرب كثيراً جدّاً، وهذا ما ينبغي أن يدعو للقلق[٢].

٦–١–١ متى يصبح شرب الكحول «كثيراً جدّاً»؟

عندما يبدأ الشرب بالتسبّب بصعوبات صحية واجتماعية للشخص، عندئذٍ نقول إنه يشرب كثيراً جدّاً. بعض الأشخاص قد يشرب كثيراً جدّاً (راجع الإطار ٦–١)، ولكنه يتمكن من العيش بشكل طبيعي. وعلينا أن نقلق بشأن هؤلاء الأشخاص أيضاً، لأنّ الشرب سيؤثر على صحتهم عاجلاً أم آجلاً. وبعض الذين يشربون يقول إنه «يسيطر على عادة الشرب» جيداً، فكأنّ ذلك يعني أنّه لا يواجه أيّ مشكلة. ولكن في الواقع، عندما يصبح الجسم معتاداً مفعول الكحول، نتكلم عن «التحمّل» tolerance. والتحمّل هو بحدّ ذاته دليل على أن الشخص يشرب كثيراً جدّاً. ويشير مفهوم التحمّل (tolerance) إلى التعوّد النفسي والجسدي على الكحول، بحيث يتطلّب الفرد كمية أكبر تدريجياً من المواد المدمنة ليصل إلى نفس التأثير.

عندما يسيء الشخص استخدام المخدرات أو الكحول يأخذ عقله وجسده في الإحساس بحاجة غامرة إلى المخدّر. عندما يحس عقله هذه الحاجة، يسمّى هذا التبعية dependence. وعندما تتأثر صحة الشخص الذي يشرب، سوف تكون

(٢) في لبنان، مثلاً، أثبتت دراسة حول أنماط استهلاك المواد بين فئات السكان «في دائرة الخطر» (طلاب الجامعات) أن نسبة استهلاك وسوء استهلاك المواد منخفضة نسبيا بين طلاب الجامعات:(١٨,٣٪) يستهلكون النيكوتين بينما (٢,١٪) يسيئون استهلاك الكحول. استهلاك وسوء استهلاك المواد المشروعة وغير المشروعة: الانتشار والمخاطر بين التلامذة في لبنان، إيلي كرم وآخرون، التقرير الأوروبي للإدمان، الطبعة ٦، العدد ٤، ٢٠٠٠.
Use and Abuse of Licit and Illicit Substances: Prevalence and Risk Factors among Students in Lebanon



المشكلات خطيرة جدّاً. وبالتالي فإنّ الاكتشاف المبكر لمشكلة الشرب هو جزء مهمّ من عملية تعزيز الصحة والوقاية من المرض.

إنّ الأشخاص الذين يشربون كثيراً، غالباً ما يشربون كثيراً كلّ يوم. وثمة عادة للشرب من نوع آخر وهي أيضاً خطيرة جدّاً، وهي أن يشرب الشخص كثيراً لبضعة أيام على التوالي في كلّ مرة. فبعض الأشخاص لا يشرب إلا في عطلة نهاية الأسبوع، ولكنه عندئذٍ يستهلك كمية كبيرة جدّاً من الكحول.هذا ما يسمى بالشرب المفرط binge drinking. في الإطار ٦–٢ وصف للحالات التي ينبغي أن يُمنع فيها شرب الكحول أو أن يُسمح به ولكن بحذر شديد.

الكحول والإدمان[٤]

قد ينتقل بعض الأشخاص من استهلاك آني إلى استهلاك مفرط للكحول أي «الاستهلاك المضرّ» أو «الاستهلاك الذي يسبب المشكلات». ينتقل الشخص من مرحلة «الإفراط» إلى حالة «الإدمان» عبر ثلاث مراحل:

المرحلة ١: لا تؤدي إلى ظهور أضرار تذكر. حيث يتم المحافظة على الأنشطة المهنية والاجتماعية والعائلية بشكل عام، ولا تتعرّض الصحة الجسدية أو النفسية إلى أي تبديل يذكر.

المرحلة ٢: تبرز معها مشكلات على صعيد العلاقات وعلى المستوى الاجتماعي والمهني والقضائي.

المرحلة ٣: يصبح الشخص فيها عاجزاً عن تخفيف أو إيقاف استهلاكه للكحول رغم استمرار الضرر. تظهر في هذه المرحلة أعراض عدة مثل الارتجاف والتشنّجات واضطرابات السلوك. في هذه المرحلة، يصبح المستهلك مدمنا للكحول.

الإطار ٦–١ الإكثار من الشرب: متى يصبح الشرب كثيراً جدّاً؟

يمكننا اللجوء إلى الرسم لنحسب كمية الكحول التي يشربها الشخص:

- يشرب الرجل كثيراً إذا اعتاد شرب أكثر من ثلاث جرعات يوميّاً (أو ٢١ جرعة أسبوعيّاً).
- تشرب المرأة كثيراً إذا اعتادت شرب أكثر من جرعتين يوميّاً (أو ١٤ جرعة أسبوعيّاً).
- يُعتبر أنّ الأشخاص يشربون كثيراً إذا شعروا بالحاجة إلى شرب الكحول عندما يستيقظون في الصباح.
- يُعتبر أنّ الأشخاص يشربون كثيراً إذا كان عندهم مشكلة (أو أكثر) صحية أو اجتماعية متعلقة بالشرب.



(٤) «المخدرات: معرفة أكثر خطر أقل– كتيّب المعلومات». جمعية سكون ووزارة الصحة في لبنان. www.skoun.org.

الإطار ٦–٢ متى وأين ينبغي الامتناع عن الشرب أو الشرب بحذر

الحالات التي يُمنع فيها الشرب بتاتاً:

- في أثناء القيادة.
- في أثناء العمل بالمعدّات أو الأدوات.
- إذا كان الشخص يعاني نوبات متكررة (أي غير مسيطَر عليها بالأدوية).
- قبل ممارسة الرياضة.

الحالات التي لا يجوز فيها الشرب:

- على الأولاد ألا يشربوا الكحول.
- المرأة الحامل أو التي ترضع طفلاً.
- الشخص الذي يتناول أدوية للأمراض النفسية أو العقلية، أو أدوية للسكري أو الصرع.



كيف يتطوّر إدمان الكحول؟

(أ) معظم الأشخاص الذين يشربون، يشربون في لقاءات اجتماعية مع الأصدقاء.
(ب) ولكن أحياناً تزداد الحاجة إلى الشرب وقد يشرب الشخص أكثر، ويشرب بمفرده.
(ج) بعدئذٍ، يشعر بالحاجة إلى الشرب حتى عندما يستيقظ في الصباح.

٦–١–٢ لماذا يشرب بعض الأشخاص كثيراً؟

بعض الأشخاص يبدأ بتجربة الكحول في سن المراهقة (راجع القسم ٩–٦). وهؤلاء يتأثرون بعاملَين مهمّين ليبدأوا بالشرب، وهما سهولة توفّر المشروبات الكحولية والضغط الذي يمارسه عليهم أبناء جيلهم. وبينما يكتفي البعض منهم بأن يجرّب الكحول، يشرب الآخرون أكثر من ذلك. معظم الأشخاص يشربون بتأنٍّ، من دون إلحاق الضرر بصحتهم أو بحياتهم العائلية. وقد يبدأ الشرب أيضاً في عمر أكبر، أي في سنّ الكهولة مثلاً، لا سيّما في ظرف يسبّب الضغط. وقد تظهر مشكلات الشرب عندما يلجأ الشخص إلى الكحول ليتكيّف مع الصعوبات التي يواجهها.

غير أنّ بعض الأشخاص، وخصوصاً الذي يشرب غالباً، تولد عنده حاجة جسدية ونفسية للشرب. وهذا يسمّى الإدمان. فإذا لم يحصل الشخص المدمن على المشروب، يشعر بأنه مريض جسدياً، وهذا يسمّى متلازمة الانقطاع عن تناول الكحول (withdrawal). ويمكن تهدئة الأعراض الناتجة عن الانقطاع عن الكحول بصورة مؤقتة، وذلك من خلال الشرب أكثر، غير أنّ هذا لا يؤدي إلا إلى استمرار الإدمان فحسب.

٦–١–٣ نتائج الإكثار من الشرب على الشخص وأسرته:

أولاً، الشرب يلحق الضرر بالصحة بشكل خطير. وهذه بعض الأعراض التي قد تظهر نتيجة الإكثار من الشرب:

- التعتيم وفقدان الوعي المؤقّت blackouts ؛ عندما لا يتذكر الشخص شيئاً ممّا جرى بعد جلسة الشرب.
- ردود فعل وأعراض الانقطاع عن تناول الكحول، مثل التوتر والرجفان، ويسبب في الحالات الحادة التشوش والنوبات (راجع القسمين ٤–٢ و٤–٥).
- الحوادث، لا سيّما حوادث السير.
- نزف في المعدة.
- اليرقان (الصفيرة) ومرض الكبد.
- العنة والعجز الجنسي (راجع القسم ٥–٥).
- الإحباط والاكتئاب والانتحار أحياناً (راجع القسم ٤–٤).
- مشكلات النوم (راجع القسم ٥–٣).
- التوهّمات والهلوسات (راجع القسم ٤–٣).
- تضرّر الدماغ.
- الإصابة بأمراض منقولة جنسيّاً بشكل متكرر، وبفيروس نقص المناعة المكتسب أو متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، ذلك أنّ الشخص الذي يشرب هو أكثر عرضةً للسلوك الجنسيّ غير الآمن.
- تضرّر الجنين (خصوصاً عندما تكثر المرأة الحامل من الشرب).

تُضاف إلى التأثيرات الجسدية المذكورة أعلاه، التأثيرات الاجتماعية لمشكلات الشرب:

- الفقر المتزايد، بسبب نقص القدرة على العمل وإنفاق المال على الكحول.
- العنف في المنزل وفي المجتمع (راجع القسم ٧–٢).
- فقدان الوظيفة.
- إهمال العائلة، ما يؤدي إلى تفكّكها.
- مشكلات مع القانون.

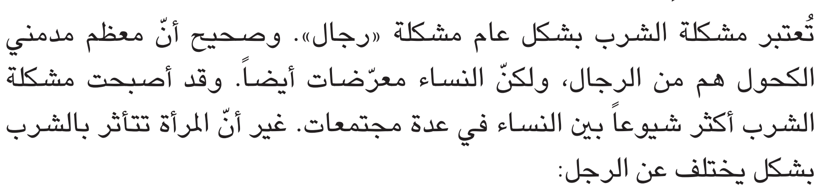
٦–١–٤ متى ينبغي أن نشتبه في أن الشخص يعاني مشكلة شرب؟

إنّ عدداً كبيراً من الأشخاص الذين يعانون مشكلة شرب لا يلجأ إلى المساعدة إلى أن تسوء صحته كثيراً. وحتى في هذه الحال، قد تبقى مشكلة الشرب غير مكتشفة وغير معالجة. فمن المهم أن نتنبّه إلى أنّ عدة مشكلات صحية ترتبط بالشرب. فعندما يأتي إلينا شخص يشكو من أيّ شيء، علينا أن نسأل باختصار عن سلوكه بالنسبة إلى الشرب. ولكن علينا أن نولي اهتماماً خاصاً بهذه الناحية بالنسبة إلى الأشخاص الذين يأتون إلينا مع إحدى الشكاوى الآتية:

- حوادث أو إصابات غير مفسّرة.
- حريق في منطقة المعدة أو تقيّؤ الدم.
- مشكلات في العلاقات مع العائلة أو الأصدقاء.
- المرض المتكرر والتغيُّب عن العمل.
- مشكلات صحية نفسية مثل الإكتئاب والقلق.
- صعوبات في النوم.
- صعوبات جنسية، مثل العنة والعجز الجنسي.

٦-١-٥ الجِنْدر وشرب الكحول





تُعتبر مشكلة الشرب بشكل عام مشكلة «رجال». وصحيح أنّ معظم مدمني الكحول هم من الرجال، ولكنّ النساء معرّضات أيضاً. وقد أصبحت مشكلة الشرب أكثر شيوعاً بين النساء في عدة مجتمعات. غير أنّ المرأة تتأثر بالشرب بشكل يختلف عن الرجل:

- المرأة أكثر تعرّضاً للتأثر بالمفاعيل السامة للكحول، لذلك فإنّ المعدّلات «الآمنة» للشرب هي أدنى بالنسبة إلى المرأة منها بالنسبة إلى الرجل (راجع الإطار ٦-١).
- الشرب في أثناء الحمل قد يؤدي إلى مشكلات خطيرة عند الجنين، مثل الإعاقة العقلية والولادة المشوّهة.
- تشرب المرأة عادة وفي بعض المجتمعات في المنزل، وذلك بسبب العار المرتبط بالشرب. ومن غير المألوف أن تناقش هذا الموضوع مع عامل صحي، وبالتالي نادراً ما تحصل النساء على المساعدة في هذه المشكلة.
- بسبب الضغط الذي تواجهه المرأة والمتعلق بالجندر، هي معرّضة للبدء بالشرب في محاولة للتكيّف.
- المرأة التي يعاني شريكها مشكلة شرب، قد تعاني العنف الجسدي والعاطفي الصادر عن الشريك.

٦-١-٦ كيف نتعامل مع هذه المشكلة؟

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على أفراد الأسرة أو الأصدقاء

- هل أصبح الشخص يشرب الكحول مؤخّراً؟
- هل أنت قلق بشأن سلوكه بالنسبة إلى الشرب؟ لماذا؟
- هل كان يشرب في الصباح مؤخّراً؟

إذا كان الجواب «نعم» على أيّ من هذه الأسئلة، فذلك يعني أنّ الشخص يعاني مشكلة شرب.

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على الشخص الذي يُحتمل أنه يشرب كثيراً:

- أخبرني عن عاداتك في الشرب
- هل كنت تشرب الكحول أكثر من العادة مؤخّراً؟

إذا أجابنا بـ «نعم»، نطرح الأسئلة الثلاثة الآتية:

- كم مرة في السنة الماضية واجهت صعوبة في التوقّف عن الشرب بعد أن كنت قد بدأت به؟
- كم مرة في السنة الماضية أحسست بأنك تحتاج إلى كأس في الصباح لتبدأ نهارك؟
- كم مرة في السنة الماضية فشلت في القيام بما كان متوقّعاً منك بسبب الكحول؟

إذا كان الجواب عن أحد هذه الأسئلة «على الأقل مرة في الشهر»، علينا أن نشكّ في أن الشخص يعاني مشكلة شرب، وأن نطرح المزيد من الأسئلة حول موضوع الشرب عنده، مثل:

- ما هي كمية الكحول التي نشربها كل يوم؟ إذا كان الشخص لا يشرب كل يوم، نسأله كم يوماً في الأسبوع يشرب فيه، وما هي الكمية التي يشربها في هذه الأيام.

- كيف يؤثر الشرب على صحتك؟ هذا سوف يساعد الشخص على أن يدرك أن الشرب يضرّ بصحته.
- هل حاولت أن تتوقّف عن الشرب؟ ماذا حصل؟
- هل تود أن تحصل على المساعدة كي تتوقّف عن الشرب؟ السؤالان الأخيران يعطيانك فكرة عن رغبة الشخص في التوقّف عن الشرب.

ما يجب أن نلاحظه في أثناء المقابلة

- هل يبدو الشخص متوتراً، أو غاضباً، أو متململاً؟ هذه المظاهر قد تكون دلائل على الانقطاع عن الكحول.
- تأكد من رائحة الكحول.
- نبحث في جسمه عن الكدمات أو الندوب أو آثار أخرى لجروح.
- نبحث عن دلائل على مرض الكبد، مثل التصرف بشكل أخرق أو فقدان التوازن.

نصائح للمقابلة

- نتحدّث إلى الشخص على انفراد. نخصّص بعض الوقت لبناء الصلة والثقة، ونشرح له أن المعلومات التي يعطينا إياها سرية. فغالباً ما يشعر الأشخاص الذين يعانون مشكلة شرب بالارتياح عندما يتكلمون عن الشرب، إذا شعروا بأن بإمكانهم الوثوق بنا.
- لا نحكم على تصرفه من باب الأخلاق. فحتى لو كنا نعتقد أن الشرب أمر سيّئ، فإن هدفنا يبقى أن نساعد الشخص.

ماذا ينبغي أن نفعل للشخص الذي يعاني مشكلة شرب؟

غالباً ما يعالج العاملون النفسيون الأمراض الجسدية المتعلقة بالشرب. ولكن ما لم تُعالَج مشكلة الشرب بحدّ ذاتها، فلن يشفى الشخص تماماً. ولتخطي مشكلة الشرب، ينبغي اتباع ثلاث مراحل:

- الإقرار بوجود مشكلة.
- التوقّف عن الشرب أو التخفيف منه.
- الاستمرار بالسيطرة على الشرب.

الإقرار بوجود مشكلة هو خطوة أولى أساسية. فغالباً ما يأتي الشخص إلى العيادة بسبب ضغط العائلة عليه. وقد ينكر أنه يعاني أيّ مشكلة. لذا، من المهم ألا نغضب عليه، بل نحدّث إليه عن مسائل أخرى (مثل العمل والصحة) ونحاول أن نجعله يتوصل إلى اكتشاف العلاقة بين الشرب وآثاره على حياته. فمن الصعب أن يقلع الشخص عن الشرب إذا فُرض عليه العلاج فرضاً، من دون إقراره بأنه يعاني مشكلة. ولتشجيعه وتعزيز رغبته في الإقلاع عن الشرب، يمكننا أن نساعده ليواجه مشكلته وذلك بأن نطلب منه أن يعدّد كل الأسباب التي تدعو إلى تغيير سلوكه، مثل «الشعور بأنّه بصحة أفضل»، و«توفّر المزيد من المال لديه لينفقه على أمور أخرى»، و«تحسين العلاقة مع شريكته».

متى أقرّ الشخص بوجود مشكلة، يبقى أن يقرّر ما إذا كان يريد أن يتوقّف عن الشرب نهائيّاً (الإقلاع) أو التخفيف منه إلى المعدّل «الصحي» (الشرب المعتدل راجع الإطار ٦–٣). ما من إجابة بسيطة عن الخيار. فعلينا أن نأخذ في الاعتبار الوضعَ الصحي والاجتماعي للشخص وماضيه مع الشرب، قبل أن تتفق معه على هدف. الامتناع هو الهدف الأفضل في الحالات الآتية:

- إذا تسبّب الشرب بمشكلات صحية خطيرة، مثل نوبات اليرقان المتكررة.
- إذا تسبّب الشرب بمشكلات خطيرة في العمل أو في المنزل، مثل العنف.
- إذا حاول الشخص التوقّف عن الشرب في وقت سابق ولم ينجح.

الامتناع هو الهدف المثالي لأنه أسهل للمراقبة ولأنّ خطر الانتكاسة (إدمان الكحول من جديد) فيه أقلّ. ولكن مهما يكن الهدف المختار، على الشخص أن يوافق عليه، لكي يكون خيارَه هو. وسوف يحتاج العلاج إلى مراقبة دورية في الأشهر اللاحقة.

إذا كان الشخص يشرب كثيراً جدّاً (أي أكثر من ٦ جرعات يوميّاً للرجل، وأكثر من ٤ جرعات يوميّاً للمرأة)، قد يؤدي التوقّف المفاجئ إلى أعراض نتيجة التوقّف عن استهلاك الكحول. نعطي الشخص النصائح لمساعدته في التعامل مع هذه الأعراض (الإطار ٦–٤). إذا كان الشخص يشرب أكثر من ١٠ جرعات يوميّاً، من الأفضل أن نحيله على مستشفى للتمكن من مراقبة ردود الفعل الناتجة من الانقطاع عن شرب الكحول عن قرب.

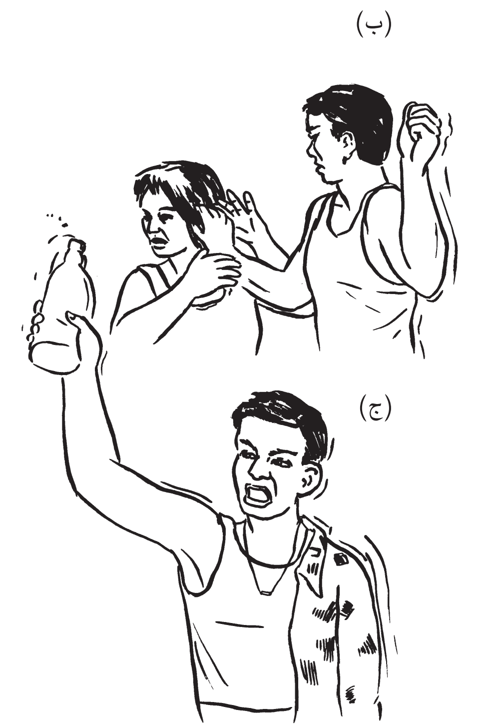
أما الاستمرار بالسيطرة على الشرب، فغالباً ما يكون الجزء الأصعب من العلاج، لأنه يستمر مدى الحياة. يمكننا إعطاء الشخص عدة اقتراحات كي نساعده على الاستمرار بالسيطرة على الشرب:

الإطار ٦–٣ الشرب المعتدل

إذا اختار الشخص الشرب المعتدل، يمكننا أن نقترح عليه بعض الأفكار ليسيطر على الكمية التي يشربها كل يوم:

- راقب دائماً الكمية التي تتناولها (بتدوينها في سجل خاص إذا أمكن).
- امتنع عن الشرب يومين أو ثلاثة في الأسبوع على الأقل.
- بدّل بين المشروبات الكحولية والمشروبات غير الكحولية.
- لا تشرب الكحول الصرف، بل امزجها مع الماء أو الصودا لكي تدوم الجرعة الواحدة مدة أطول.
- قلّل كمية الكحول في كل كأس (مثلاً ضع ملء غطاء قنينة واحدة).
- لا تشرب أبداً في ساعات النهار
- استغرق وقتاً أطول لشرب كل كأس (ساعة واحدة مثلاً).
- تناول الطعام قبل أن تشرب الكأس الأولى.
- لا تشرب الكحول لتروي عطشك، بل اشرب الماء أو مشروبات أخرى غير كحولية.
- أمضِ وقتاً أقلّ في الحانات أو برفقة الأصدقاء الذين يشربون بكثرة.





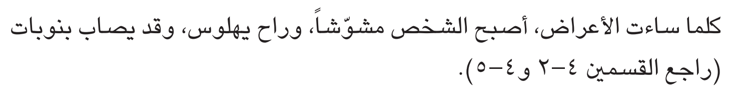
متى يكون الامتناع عن الشرب هو الهدف؟

(أ) عندما يتسبّب الشرب بمشكلات صحية خطيرة، مثل نوبات اليرقان المتكررة.
(ب) عندما يتسبّب الشرب بمشكلات خطيرة في العمل أو في المنزل، مثل العنف.
(ج) إذا كان الشخص قد حاول الشرب المدروس من قبل ولكنه لم ينجح.

الإطار ٦–٤ الانقطاع عن الكحول (Withdrawal) ومعالجته

تحدث أعراض الانقطاع عن الكحول عندما يكون الشخص مدمناً ويتوقف عن الشرب فجأة. وتبدأ الأعراض عادةً بعد ٢٤ ساعة من التوقّف عن الشرب، وتستمر بين ٤ و١٠ أيام. أما الفترة الأسوأ فهي عادة في اليومين أو الثلاثة الأولى. وكلما كان الشخص يشرب أكثر في الماضي، كانت أعراض الانقطاع أسوأ. الدلائل الأكثر شيوعاً التي تبدأ مع الأعراض الناتجة عن التوقف عن تناول الكحول هي:

- الرجفة
- الارتعاش
- قلة النوم
- الغثيان
- القلق
- سرعة الانفعال
- ارتفاع الحرارة
- كثرة الحركة



كلما ساءت الأعراض، أصبح الشخص مشوّشاً، وراح يهلوس، وقد يصاب بنوبات (راجع القسمين ٤–٢ و٤–٥).

ينبغي أن يتضمّن العلاج في أماكن تقديم الرعاية الصحية ما يلي:

- زيادة معرفة الشخص بالعلاقة بين الأعراض والانقطاع عن الكحول
- إجراء الفحوصات الجسدية الكاملة (إذا كان الشخص يعاني ارتفاعاً في الحرارة، أو نوبات، أو صعوبة في شرب السوائل، أو جفاف الماء من جسمه، أو اضطراباً جسدياً، أو هلوسةً، أو تشوّشاً، حوّله إلى مستشفى).
- ثيامين thiamine (نوع من الفيتامينات) – احقن ١٠٠ ملغ في العضل، وصفْ له أقراص ثيامين thiamine (٥٠ ملغ يوميّاً)، والفيتامينات المختلفة multivitamins وحامض الفوليك folic acid (١ ملغ يوميّاً)، لمدة أسبوع
- صف له كلورديازيبوكسيد chlordiazepoxide وفقاً للجدول التالي لمدة ٤ إلى ٦ أيام:
  - اليوم الأول: ٢٥ ملغ، ٤ مرات يومياً
  - اليوم الثاني: ٢٥ ملغ، ٣ مرات يومياً
  - اليوم الثالث: ٢٥ ملغ، مرتين يومياً
  - اليومين الرابع والخامس: ٢٥ ملغ، ليلاً
  - اليومين السادس والسابع: ١٢,٥ ملغ، ليلاً
- يمكنك استبدال هذه الوصفة باستعمال ديازيبام diazepam، بالطريقة نفسها، بدءاً من ٥ ملغ أربع مرات يوميّاً.

الإطار ٦–٥ كيف يمكن أن يتعامل الشخص مع الأوقات الصعبة ويستمرّ بالسيطرة على الشرب في الوقت نفسه؟

في ما يلي لائحة بالأوقات التي يصعب فيها على الشخص أن يستمرّ بالسيطرة على الشرب. نقترحُ عليه الطرق التالية لمساعدته في التعامل مع هذه الأوقات.

إذا كنت تشرب في الليل بشكل خاص

حاولْ أن تبقى مشغولاً بشيءٍ ما، وأن تذهب إلى أماكن لا يمكنك أن تشرب فيها، مثل دار العبادة.

إذا كنت معتاداً على الشرب مع زملائك في العمل عند انتهاء اليوم

حاولْ أن تنظّم نشاطاً اجتماعيّاً آخر، مثل الذهاب لمشاهدة فيلم أو لممارسة الرياضة.

إذا كنت لا تشرب إلا برفقة أصدقاء معينين فحسب

تجنّبْ هؤلاء الأصدقاء.

إذا كنت تشرب عندما تكون وحدك

أمضِ أقلّ وقتٍ ممكن وحدك، انضمّ مثلاً إلى مجموعة دعم (مثل «ألكوهوليكس أنونيموس» Alcoholics Anonymous AA) أو أمضِ وقتاً أطول مع عائلتك.

إذا كنت تشرب عندما تكون معرضاً للضغط

تَعلَّم طرقاً للتكيّف مع الضغط ولحلّ المشكلات، عوضاً عن محاولة نسيانها باللجوء إلى الكحول.

- «الكحوليون المجهولون» أو «ألكوهوليكس أنونيموس» Alcoholics Anonymous (AA) (المدمنون المجهولون) هي مجموعات في أنحاء العالم تتشكل من الأشخاص الذين توصلوا إلى السيطرة على الشرب، ويساعد أحدهم الآخر في الاستمرار بالسيطرة على الشرب. فأيّ شخص يرغب في التوقّف عن الشرب، يستطيع الانضمام إلى المجموعة. وتعمل المجموعة من خلال تبادل الخبرات الشخصية والدعم في لقاءات دورية. وبصفتنا عاملين صحيِّين، علينا أن نطّلع على المعلومات حول المقرّ المحلي لجماعة AA أو أيّ مجموعة دعم لمدمني الكحول (راجع الفصل العاشر للتعرّف على كيفية تشكيل مجموعات الدعم).

- إنّ الأشخاص الذين يعانون مشكلة شرب غالباً ما يلجأون إلى الكحول لتخطي الصعوبات الحياتية. نعلّمهم تقنية حلّ المشكلات (راجع القسم ٣–٢–٥)، فهي طريقة صحية لتخطي الصعوبات. كذلك، فإنّ توسيع دائرة العلاقات الاجتماعية، مثل اكتساب أصدقاء جدد وزيارة مؤسسات تعالج الإدمان أو تقدّم الدعم. غالباً ما ترتبط بمشكلات العلاقات الاجتماعية بمشكلة الشرب، لذلك ينبغي أن نعطي النصائح لتحسين العلاقات (راجع القسم ١٠–٧).
- نعطي الشخص النصائح اللازمة ليجد نشاطات بديلة عن الشرب للتسلية والاسترخاء. ونعطيه النصائح أيضاً لكي يتعامل مع الأوقات الصعبة التي تشدّه إلى الشرب (الإطار ٦–٥).

متى ينبغي أن نستعمل الأدوية؟

يمكننا استعمال الأدوية لمعالجة مشكلات الشرب في حالتين. الأولى هي بهدف السيطرة على الأعراض البسيطة للانقطاع باستعمال كلورديازيبوكسيد chlordiazepoxide أو ديازيبام diazepam (راجع الإطار ٦–٤). والثانية هي لمساعدة الشخص على الاستمرار في السيطرة على الشرب: الأدوية مثل ديسولفيرام disulfiram تسبّب ردّ فعل قويّاً إذا قام الشخص الذي يتناولها بشرب الكحول، والخوف من ردّ الفعل هذا هو الذي يساعد الشخص في السيطرة على الشرب. لا ينبغي أن يَستعمل هذا الدواء إلا اختصاصيّو الصحة النفسية. (راجع القسم الرابع).

متى ينبغي أن نحيل الشخص على اختصاصيّ؟



ينبغي إحالة الشخص على اختصاصي في الحالات الآتية:

- إذا كان يعاني مشكلات طبية خطيرة، مثل تقيّؤ الدم أو اليرقان أو يتعرّض لحوادث خطيرة
- إذا كانت الأعراض الناتجة عن التوقّف عن تناول الكحول حادة وشديدة.
- إذا كان الشخص يعاني أيضاً اضطراباً نفسيّاً حادّاً، مثل الذهان.

٦–١–٧ العيش مع شخص يعاني مشكلة شرب

الإفراط في الشرب يؤثر في كل أفراد العائلة. وبعض الأقرباء قد يلقي اللوم على نفسه: نطَمئِن هؤلاء الأقرباء إلى أنهم ليسوا مسؤولين عن مشكلة الشرب. والصعوبات المادية والمشكلات الجنسية، مثل العنة والاغتصاب، قد تسبّب الضغط في العلاقة. وغالباً ما يرتبط العنف أيضاً بمشكلات العلاقات الاجتماعية الناتجة عن الشرب. وأقرباء الشخص الذي يدمن الكحول غالباً ما يعانون مشكلات صحية نفسية، لا سيّما الإكتئاب والقلق. ولكن تتوفّر مجموعات الدعم للأقرباء أيضاً في بعض الأماكن. وإذا لم تتوفّر هذه المجموعات، يمكننا أن نشجع الأسرة على التضامن حول هذه المشكلة وتشجيع الشخص على طلب المساعدة. أما الحلّ الحقيقي فهو أن يقوم الشخص المدمن بنفسه بطلب المساعدة في مشكلة الشرب.

الإطار ٦–٦ ما ينبغي أن نتذكّره عندما نتعامل مع شخص يعاني مشكلة شرب

- تقع مشكلة الشرب عندما يشرب الشخص الكحول إلى درجة أنّ هذه المشروبات تسبّب له مشكلات جسدية، أو نفسية، أو اجتماعية.
- ترتبط مشكلات الشرب بالإصابات، والنزيف في المعدة، واليرقان، والإصابة المتكررة بالأمراض المنقولة جنسيّاً، والعنف المنزلي، والاضطرابات النفسية.
- معظم الأشخاص الذين يعانون مشكلة شرب يأتون إلى العامل الصحي بسبب المشكلات الجسدية (مثل القرحة في المعدة) أكثر منه بسبب مشكلة الشرب بحد ذاتها.
- نسأل كل الأشخاص الذين يأتون إلينا عن عاداتهم في الشرب، وخصوصاً الأشخاص الذين يعانون مشكلات صحية متعلقة بشرب الكحول.
- العلاجات الأساسية هي إرشاد الشخص إلى كيفية التوقّف عن الشرب أو السيطرة عليه، ومعالجة الأعراض الناتجة عن الانقطاع عن تناول الكحول، وإحالة الشخص إلى مجموعات تضامن وتعاون المدمنين، مثل «ألكوهوليكس أنونيموس»، ودعم الأسرة للشخص.

المخدرات

٦–٢ الشخص الذي يدمن المخدّرات

إدمان المخدّرات هو عندما يستعمل الشخص مخدّرا بشكل متكرر ومن دون أيّ سبب طبيّ، فيؤثر هذا الاستعمال تأثيراً سلبيّاً في صحته. وعندما يستعمل الشخص المخدّرات المسبّبة للإدمان بشكل متكرر يصبح مدمناً، تماماً كما يحصل عندما يشرب الشخص الكحول بصورة متكررة. والإدمان يدفع الشخص إلى الشعور برغبة قوية في الاستمرار بتناول المخدّر، بالرغم من أنّه يسبّب له الأذى. وعندما يحاول الشخص المدمن أن يتوقّف عن تناول المخدّر، يشعر بالمرض (متلازمة الانقطاع عن استهلاك المخدرات). ثمة عدة أنواع من المخدّرات التي تسبّب الإدمان، ومنها الكحول، والتبغ، والحبوب المنوّمة، التي سوف نفصّلها في مقاطع أخرى من هذا الفصل. هذه المواد الثلاث هي فريدة من نوعها، لأن استعمالها مقبول وشرعي في عدة مجتمعات. أما هذا القسم فيتناول المخدّرات غير الشرعية.

٦–٢–١ هل كل من يتناول المخدّرات يعاني مشكلة؟

كلا. فثمة عدة حالات يستهلك الشخص فيها المخدّرات:

- قد يكون من الشائع أن يجرّب الشخص المخدّرات مرة أو اثنتين في بعض المجتمعات.
- أما الطريقة الثانية الشائعة جدّاً أيضاً فهي أن يتناول الشخص المخدّرات بشكل عرضيّ. وهذا صحيح خصوصاً بالنسبة إلى القات والحشيش (المفصّل في الإطار ٦–٧). ومعظم الأشخاص الذين يتناولون هذا النوع من المخدّر، إنّما يتناولونه في مناسبات معينة، أما حياتهم اليومية وصحتهم فلا تتأثران به بشكل كبير.
- بعض أنواع المخدّرات يُستعمل تقليديّاً، وأنه مقبول من الثقافة المحلية، في مناسبات معينة (راجع الإطار ٦–٨)
- أما الإدمان فهو الاستعمال الأقل شيوعاً للمخدّرات، ولكنه بالطبع السلوك الذي ينبغي أن نقلق بشأنه أكثر من سواه.

الإطار ٦–٧ (القنّب الهندي) الحشيش: هل هو مخدّر للإدمان أم مخدّر للتسلية؟

الحشيش Cannabis أو الماريوانا يُدخَّن أو يؤكل في عدة مجتمعات حول العالم. وتختلف تسميته باختلاف المكان الذي نحن فيه. فيسمّى «مبانجي» mbanje في زيمبابواي، و«غراس» grass في الولايات المتحدة، و«شاراس» charas في الهند. إنه واحد من الأنواع الأكثر استعمالاً في يومنا هذا، ولكن استعماله غير شرعي في معظم البلدان. معظم الأشخاص الذين يتناولون القنّب الهندي لا يمكن اعتبارهم مدمنين، لأنهم يستعملونه بصورة عرضية ويسيطرون على استعماله. غير أنّ بعض الأشخاص قد يستعمله إلى حدّ التأثير على صحته، وذلك قد يحصل بطريقتين:

- يمكن أن يؤذي القنّب الهندي مجاري التنفّس، بما أنه غالباً ما يُدخَّن.
- الأشخاص الذين يعانون اضطرابات نفسية حادة (ذهان) قد يشتدّ مرضهم عندما يتناولون القنّب الهندي.

علينا أن نبذل مجهوداً دائماً لإقناع الأشخاص بعدم التدخين (كذلك بالنسبة إلى مدخّني السجائر)، وخصوصاً إذا كانوا مصابين باضطراب نفسي حاد. ولكن نحرصْ على أن نفسّر لأيّ صديق أو قريب قلِق حقيقة الفرق بين القنّب الهندي والمخدّرات الأخرى الأشدّ خطراً.

الإطار ٦–٨ المخدّرات التقليدية



في عدة مجتمعات، يُسمح باستعمال المخدّرات في مناسبات معينة. مثال على ذلك، القنّب الهندي في بعض المهرجانات في الهند وأفريقيا، و «مسكالين» mescaline و «بييوتي» peyote في أميركا اللاتينية. وبعض المخدّرات، مثل ورقة القات الذي يمضغه الناس في أفريقيا الشرقية واليمن، وذلك جزءٌ من التفاعل الاجتماعي في الحياة اليومية. أما الميزة المشتركة بين كل هذه المخدّرات فهي أنها كلها مشتقّة من الأعشاب. ومعظمها يُستعمل حصريّاً في احتفالات أو طقوس تقليدية، ومعظم الأشخاص الذين يستعملونها بهذه الطريقة لا يتأثرون بها سلبيّاً، غير أنّ بعض الناس قد يدمنها أيضاً.

٦–٢–٢ ما هي المخدّرات التي تسبّب الإدمان؟

- **المخدّرات التي تضعف الدماغ.** وتشمل الأفيون والهيروين. إذا تناول الشخص جرعات صغيرة من هذين المخدّرين، يشعر بالاسترخاء. أما إذا تناول جرعات كبيرة فسيشعر بالنعاس وفقدان الوعي. كذلك، فقد يشعر الشخص بضرورة تناول المخدّر فوراً، وبارتفاع الحرارة وبعدم القدرة على الاستراحة، بالإضافة إلى التشوّش، والغثيان، والإسهال، والقلق، والتشنّجات.
- **المخدّرات التي تنبّه الدماغ.** وتشمل الكوكاين، والـ «قات»، وبعض الحبوب مثل «أكستاسي» ecstasy و«سبيد» speed (أمفيتامينات amphetamines). إذا تناول الشخص جرعات صغيرة منها، يشعر بالتنبّه واليقظة. أما إذا تناول جرعات كبيرة، فيشعر بالتوتر، ويميل إلى الذعر والاهتياج الشديد. وقد يصعب على من يتناولها أن يسيطر على أفكاره، فقد يهلوس ويصبح ظنّاناً ومشوّشاً. وترتبط الأعراض الناتجة عن التوقّف عن استهلاك المخدر عادة بالشعور بالجوع والتعب. وتكون أعراض الانقطاع عادة خفيفة.
- **المخدّرات التي تدفع بالشخص إلى الهلوسة.** عددٌ كبير من المخدّرات المحبِطة والمنبِّهة قد يدفع بالشخص إلى الهلوسة. وبعض المخدّرات مثل أل أس دي LSD أو «آسيد» acid يُستعمل بهذا الهدف. ويمكن أن يدوم مفعول أل أس دي LSD أكثر من ١٢ ساعة. بعض الأشخاص قد يصبح كثير الاهتياج والتشوّش والظنّ عندما يتناول هذه المخدّرات ولكنها لا تسبّب أعراضا نتيجة التوقف عن استهلاكها .

بعض الأشخاص يتناول عدة مخدّرات في الوقت نفسه، فيأخذ مثلاً بعض المخدّرات المذكورة أعلاه مع التبغ، أو الكحول، أو الحبوب المنوّمة.

٦–٢–٣ كيف تُستعمل المخدّرات؟

تُستعمل المخدرات بعدة طرق، أما الطرق الشائعة فهي:

- التدخين – بالنسبة إلى القنّب الهندي، والأفيون، والكوكاين، والمخدّرات التقليدية.
- الشرب، أو المضغ، أو الأكل – بالنسبة إلى الحبوب، والقنّب الهندي، والمخدّرات التقليدية.
- الاستنشاق عبر الأنف – بالنسبة إلى الكوكايين والصمغ glue[٦].
- الحقن – بالنسبة إلى الهيروين والكوكايين. وهذه هي الطريقة الأشدّ خطراً لتناول المخدّرات، بسبب خطر الإصابات، لا سيّما الإصابة بمرض الأيدز أو بفيروس نقص المناعة المكتسب.



(٦) استنشاق الصمغ أو المذيبات هو صورة شائعة لاستخدام المخدر، خاصة لدى الشباب في بلدان عديدة ومنها مصر. بعض أنواع الصمغ، ومواد التنظيف ومنتجات أخرى للاستعمال البيتي تحتوي على مواد مذيبة ومتبخرة . عند استنشاقها، تؤدي إلى نوع من التسمم المشابه للثمالة. فالمذيبات الطيارة (تشفيط الغراء أوالبنزين... إلخ) يتم استنشاقها من قبل الكثير من الفقراء خصوصا الأطفال المشردين. يعاني متعاطي هذه المواد من شعور بالدوار والاسترخاء والهلوسات البصرية والدوران والغثيان والقيء وأحياناً يشعر بالنعاس. وقد يحدث مضاعفات للتعاطي كالوفاة الفجائية نتيجة لتقلص الأذين بالقلب وتوقف نبض القلب أو هبوط التنفس كما يأتي الانتحار كأحد المضاعفات وحوادث السيارات وتلف المخ أو الكبد أو الكليتين نتيجة للاستنشاق المتواصل ويعطب المخ مما قد يؤدي إلى التخريف هذا وقد يؤدي تعاطي المذيبات الطيارة إلى وفاة بعض الأطفال الصغار الذي لا تتحمل أجسامهم المواد الطيارة.
وتأثير هذه المواد يبدأ عندما تصل إلى المخ وتذوب في الألياف العصبية للمخ. مما يؤدي إلى خلل في مسار التيارات العصبية الكهربائية التي تسري بداخلها ويترتب على ذلك نشوة مميزة للمتعاطي كالشعور بالدوار والاسترخاء. (مجلة الإدمان، العدد ١٠، ص:١٣٦٥–١٣٦٧، ١٩٩٠).

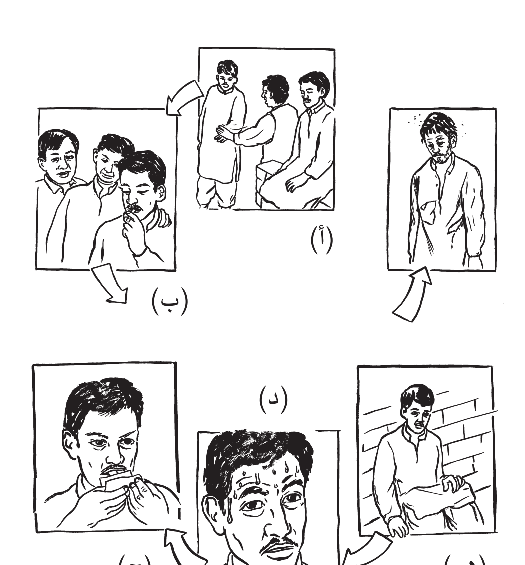
الإطار ٦–٩ إدمان المخدّرات والإصابات التي تهدّد الحياة

بعض المخدّرات مثل الهيروين يُحقن أحياناً في داخل الجسم. وبما أنّ الأشخاص الذين يحقنون المخدّرات قد يتشاركون الإبر والمحاقن، وبما أنّ الأشخاص الذين يتناولون المخدّرات يميلون إلى ممارسة العلاقات الجنسية من دون وقاية، لذلك هم معرّضون للإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسب. وثمة مرض آخر خطير مرتبط بطريقة الاستعمال نفسها، وهو التهاب الكبد (ب) hepatitis B. لذا علينا أن نزيد معرفة الأشخاص حول هذه الإصابات الخطيرة. نصرّ عليهم حتى لا يتشاركوا الإبر والمحاقن أبداً، ونقترح عليهم أن يستعملوا المحاقن ذات الاستعمال الواحد فقط. وهذا سوف يخفّف أيضاً من خطر الإصابة بأمراض الجلد التي قد تنتقل بواسطة الإبر الوسخة. ونعطي النصائح دائماً حول طرق الوقاية في ممارسة العلاقات الجنسية. ونقترح على الشخص أن يخضع لفحوصات فيروس نقص المناعة المكتسب HIV والتهاب الكبد (ب) بعد الإرشاد. إذا تبيّن أن الشخص إيجابيّ المصل، سوف نضطر لإعطائه النصائح حول الوقاية في ممارسة العلاقات الجنسية، ومسائل أخرى. أما إذا لم يكن الشخص يحمل أيّ إصابة، فنطلبْ منه أن يتلقى مطعوماً ضد التهاب الكبد (ب). نشجّعْ الشخص على استبدال الحقن بالتدخين أو بطرق أخرى لاستعمال المخدّرات. وأخيراً، الهدف هو بالطبع أن يتوقّف الشخص عن تناول المخدّر، مع أنّ هذا الأمر غالباً ما يكون مستحيلاً في البداية. (راجع «كتاب الصحة للجميع» و «كتاب الصحة لجميع النساء» وفيلمي «كاراتيه ورفاقه» و «سن الذهب». انظر المراجع).

٦–٢–٤ ما هي نتائج إدمان المخدّرات على الشخص؟

يسبّب إدمان المخدّرات ضرراً كبيراً للشخص ولعائلته:

- **مشكلات الصحة النفسية.** بما أنّ المخدّرات تؤثر على الدماغ، يمكن أن يشعر الأشخاص الذين يتناولونها بالاكتئاب والتوتر. وبعض المخدّرات قد يدفع بالشخص إلى الظنّ والتشوّش.
- **مشكلات الصحة الجسدية.** قد تختلف المشكلات باختلاف طريقة إدمان المخدّر. وبالتالي فإنّ تدخين المخدّر قد يؤذي مجاري التنفس، أما الحَقن فقد يسبّب الإصابات (راجع الإطار ٦–٩).
- **المشكلات العائلية.** غالباً ما يؤدي إدمان المخدّرات إلى شجارات ومشكلات في العائلة.
- **الحوادث.** الشخص الذي يدمن المخدّرات قد يتعرّض للحوادث عندما يكون في حالة تسمّم.
- **المشكلات الاجتماعية.** الأشخاص الذين يدمنون المخدّرات يمضون عادةً الكثير من الوقت في تناولها، لذلك لا يمكنهم أن يدرسوا أو يعملوا أو يشاركوا في الحياة اليومية.
- **المشكلات المادية.** المخدّرات لها ثمن. ولأن الشخص الذي يدمن المخدّرات هو عادةً شخص ذو مورد ماليّ ضئيل، لذلك فإن إدمان المخدّرات يسبّب الفقر.
- **مشكلات النظافة الشخصية وسوء التغذية.** وهي مشكلات شائعة تنتج عن إدمان المخدرات.
- **مشكلات قانونية.** بعض الأشخاص الذين يدمنون المخدّرات قد يتورط في أعمال إجرامية للحصول على المخدّر. وفي معظم المجتمعات، يُعتبر استعمال المخدّرات بحدّ ذاته جرماً يعاقب عليه بالسجن.
- **الموت.** إدمان المخدّرات قد يقتل الأشخاص من خلال الجرعات المفرطة، أو الإصابات الخطيرة، أو الحوادث.



الحلقة المفرغة لتناول المخدّرات

(أ) غالباً ما يبدأ تناول المخدّرات عندما يكون للشخص أصدقاء يتناولون المخدّرات.
(ب) قد يتناولها أوّلاً بدافع التجربة، لكي يشعر بـ «الابتهاج» أو بـ «النشوة».
(ج) يعجبه المخدّر فيتناوله أكثر فأكثر، إلى أن يبلغ مرحلةً ...
(د) ... يشعر فيها بأنه مريض كلما تأخر عن تناول المخدّر، وبأنّ عليه أن يتناول المخدّر بشكل منتظم...
(هـ) ... ليتجنّب الشعور بأنه مريض.

٦-٢-٥ لماذا يتعاطى الأشخاص المخدّرات أصلاً؟

غالباً ما يبدأ إدمان المخدّرات في سنّ الشباب. وأحد أهم الأسباب للبدء هو الضغط الذي يمارسه الأتراب على الشخص (الأصدقاء من العمر نفسه الذين يتناولون المخدّرات يشجّعونه على تناولها). وثمة عنصران هامان أيضاً هما الفضول وسهولة الانجرار. وقد يَستعمل الشخص المخدّرات للتكيّف أو التعامل مع الضغط الناتج عن عدة عوامل، مثل الخلافات ومشكلات العلاقات الاجتماعية والبطالة. ومتى بدأ تناول المخدّرات، فإنّ العامل الذي سوف يدفع بالشخص إلى الاستمرار بتناولها هو اعتياد الجسم عليها.

٦-٢-٦ لماذا يطلب مدمن المخدّرات مساعدتك؟

- بسبب المشكلات الصحية الناتجة عن تناول المخدّرات.
- لأن المخدّر نفد لديه وهو الآن يشكو من الأعراض الناتجة عن الانقطاع عن الكحول أو المخدّر.
- لأنه تعب من عادته السيئة ويريدنا أن نساعده ليقلع عنها.
- لأن عائلته أو الشرطة قالت له أن يطلب مساعدتنا.

٦-٢-٧ متى ينبغي أن نشتبه في أن الشخص يدمن المخدّرات؟

- إذا كان الشخص في سن الشباب ويعاني مشكلات في المدرسة أو الجامعة، وخصوصاً إذا لم يكن يعاني هذه المشكلات من قبل.
- عند الشخص الذي بدأ يهمل أعماله أو مسؤولياته اليومية.
- عند الشخص الذي انقطع عن أصدقائه القدامى.
- عند الشخص الذي يقع في مشكلات مع الشرطة بشكل متكرر.
- عند الشخص الذي يبدو مشوّشاً في أثناء المقابلة.
- عند الشخص الذي يعاني اضطراباً نفسيّاً أو جسدياً مرتبطاً بإدمان المخدّرات، مثل الحوادث المتكررة أو الإصابات الجلدية على الذراعين، وذلك نتيجة الحقن
- إذا كان أحد أفراد العائلة قلقاً بشأن تغيّر في سلوك الشخص.

٦-٢-٨ كيف نتعامل مع هذه المشكلة؟

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على أفراد الأسرة أو الأصدقاء

- هل لاحظنا أنّ سلوكه تغيّر أو أنه يصادق أشخاصاً جدداً؟ منذ متى؟
- هل نشتبه في أنه يتناول المخدّرات؟ لماذا؟
- ما هو شعورنا حيال هذا الأمر؟ إنّ الموقف المتعاطف يساعد جدّاً في تشجيع الشخص الذي يتناول المخدّرات على الإقلاع عن عادته.

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على الشخص الذي يتناول المخدّرات

- أيّ مخدّرات تتناول؟ هل تتناولها غالباً؟ هذا السؤال سيرشدنا إلى النوع الذي يتناوله وإلى الوتيرة التي يتبعها.
- كيف تتناول المخدّرات؟ إذا كان يتناولها بالحقن، نسأله: هل تتشارك الإبر مع أحد؟ إذا كان الجواب «نعم»، نسأله: هل خضعت لفحص فيروس نقص المناعة المكتسب أو التهاب الكبد (ب) ؟
- هل حاولت أن تتوقّف عن تناول المخدّر بنفسك؟ ماذا جرى؟ الأشخاص الذين حاولوا أن يتوقّفوا عن تناول المخدّرات قد يكونون أكثر استعداداً لقبول مساعدتنا.
- كيف تؤثر هذه العادة على صحتك؟ وعلى حياتك العائلية؟ وعلى عملك؟
- هل ترغب في الإقلاع عن تناول المخدّرات؟ لماذا الآن؟ استعداد الشخص لقبول المساعدة هو دليل مهم على أنه قد

ينجح في الإقلاع عن عادته.

- من هم الأشخاص الذين تثق بهم والذين يمكن أن يقدّموا لك الدعم الآن؟ هؤلاء الأشخاص قد يكون لهم دور مهم في مساعدة الشخص على الاستمرار في الامتناع عن تناول المخدّرات.



الأوردة متصلبة وفيها جلطة

ما يجب أن نلاحظه في أثناء المقابلة

- الدلائل التي تشير إلى أن الشخص لا يعتني بمظهره وبنظافته الشخصية.
- العلاما ت التي تدل على أن الشخص يستعمل الحقن، مثل آثار الحقن أو التقيّح على الذراعين.
- الدلائل التي تشير إلى أن الشخص في حالة تسمّم، أي إذا كان يبدو على الشخص النعاس أو إذا كان يتكلم بشكل متقطع وغير واضح.
- اليرقان الذي قد يكون دليلاً على التهاب الكبد (ب).

نصائح خاصة للمقابلة

- نقابل الشخص على انفراد. فمعظم الأشخاص الذين يتناولون المخدّرات يتناولونها خفية، ولا يريدون أن يخبرونا عن هذه العادة بحضور أفراد العائلة.
- حتى إذا كنا نعارض إدمان المخدّرات بشدة، يجب ألا ندع وجهة نظرنا نتدخّل في العمل الذي نؤدّيه بصفتنا عاملين صحيِّين.

ماذا ينبغي أن نفعل على الفور؟

الصحة الجسدية لمريضنا هي أوّل ما ينبغي أن يشغل فكرنا. ثمة ثلاث حالات يحتاج فيها الشخص الذي يتناول المخدّرات إلى تدخّل طبيّ طارئ:

- **التسمّم.** يحدث هذا عندما يستعمل الشخص كمية كبيرة جداً من المخدّر في فترة قصيرة، فيصبح مشوّشاً جداً وقد يفقد الوعي. هذا الوضع خطير بالنسبة إلى الأشخاص الذين يتناولون الهيروين أو الأفيون، لأن هذين المخدّرين يمكن أن يسبّبا انقطاع التنفّس.
- **ردود الفعل الحادة الناتجة من التوقف عن استهلاك المخدر،** مثل التشوّش والنوبات، علماً أنّ معظم ردود الفعل هذه تكون معتدلة ويمكن التخفيف منها باستعمال الأدوية البسيطة وبطمأنة المريض.
- **الإصابات الخطيرة أو الجروح.**

إذا لم يكن الشخص بحاجة إلى تدخّل طارئ، يكون الهدف الأول من العلاج عندئذٍ هو بناء الصلة لكي يثق بنا. نشرح له أن الإدمان الجسدي هو الذي يدفع به إلى تناول المخدّرات بشكل متكرر. وبعد أن نحصل على إذن من الشخص الذي يتناول المخدّرات، نعطي الإرشاد للأسرة ونشرِكها في الخطة العلاجية. وعندما تتسنّى لنا الفرصة الملائمة، نرشد الشخص أيضاً حول خطورة الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسب وأمراض أخرى (راجع الإطار ٦–٩).

بالنسبة إلى الأشخاص الذين يريدون التوقّف عن تناول المخدّرات الآن:

- نحدّد تاريخاً معيناً للتوقّف.
- على الشخص أن يعطي نفسه مثلاً مهلة أسبوع واحد للشفاء من أعراض الانقطاع.
- نعلِم أفراد العائلة المقربين منه أو أصدقاءه الذين يستطيعون مساعدته في مرحلة الانقطاع.
- إذا كان الشخص معرّضاً لردود فعل ناتجة من التوقف عن استهلاك المخدر، نعطيه النصائح اللازمة حول هذه الأعراض وكيفية السيطرة عليها. نستعمل ديازيبام diazepam لمعالجة مشكلات النوم، والأدوية المضادة

للتشنّجات لمعالجة الإسهال، والأدوية المسكنة لمعالجة الآلام والأوجاع. إذا لم نكن واثقين من حدة الانقطاع، من الأفضل أن نؤمّن دخول الشخص إلى المستشفى.

- في بعض البلدان، تُستعمل أدوية خاصة لتخفيف الأعراض الناتجة من التوقف عن استهلاك المخدر والتي يسبّبها بعض المخدّرات. الدواءان الأفضل هما ميثادون methadone ودكستروبروبوكسيفين dextropropoxyphene، اللذان يستعملان كبديل لعلاج إدمان الأفيون والهيروين. غير أن هذه الأدوية لا تتوفّر إلا من خلال عيادات خاصة ومن الأفضل أن تحوّل الأشخاص إلى هذه العيادات.

- الانتكاس أمر شائع وغالباً ما يحدث لأن الشخص لا يستطيع التعامل مع الصعوبات الحياتية. فمتى توقّف الشخص عن تناول المخدّرات، نناقش معه بعض الطرق للتكيّف مع الصعوبات الحياتية. نحدّد بعض الخطوات التي يمكن أن يقوم بها للتخفيف من خطر تناول المخدّرات، مثلاً:
  - أن يبتعد كليّاً عن الأصدقاء الذين يتناولون المخدّرات أيضاً.
  - أن يعود إلى العمل أو إلى المدرسة.
  - أن يتعلّم تقنيات الاسترخاء وحلّ المشكلات (راجع القسم ٣–٢).
  - أن يمضي الوقت في نشاطات أخرى مسلية.
  - أن يتمتع بالمال الذي سيتوفر لديه أكثر من السابق.
  - أن ينضم إلى مجموعات تساعد مدمني المخدّرات (راجع الفصل ١٢).

بالنسبة إلى الأشخاص الذين لا يريدون التوقف عن تناول المخدّرات الآن:

- نحيلهم على مجموعات تساعد مدمني المخدّرات.
- نتبع طرقاً للتخفيف من تناول المخدّرات، مثلاً أن يقلّل الشخص كمية الهيروين التي يدخنها يوميّاً من نصف غرام إلى ربع غرام.
- ننصح الشخص بأن يستبدل الطرق الأكثر خطورة لتناول المخدّرات بالطرق الأقل خطورة، مثلاً أن يستبدل الحقن بالتدخين.
- نعطي النصائح اللازمة للشخص حول التخفيف من خطر الإصابات الناتجة عن الحقن (راجع الإطار ٦–٩).
- نسلّط الضوء على الضرر الذي تسبّبه المخدّرات.
- نعرض على الشخص دائماً الفرصة ليعود ويتحدث معك.

بالنسبة إلى الأشخاص الذين ينتكسون:

- نشرح للشخص أن هذا الأمر شائع. نحاول أن نعرف سبب الانتكاس وكيف يمكنه أن يتجنّب أن ينتكس مرة أخرى في المستقبل.
- نهنّئ الشخص على الفترة التي تمكّن من الامتناع فيها عن تناول المخدّرات، مهما تكن هذه الفترة قصيرة أو طويلة.
- نبدأ من جديد مثلما كنا سنفعل في الزيارة الأولى التي يأتي فيها الشخص لطلب المساعدة.

متى ينبغي أن نحيل الشخص على اختصاصيّ؟

ينبغي أن نحيل الشخص على اختصاصيّ في الحالات الآتية:

- إذا كان الشخص يتناول كميات كبيرة من المخدّرات، مثلاً أكثر من غرام واحد من الهيروين يوميّاً.
- إذا عجز الشخص عن التوقّف بالرغم من مساعدتك.
- إذا أصيب الشخص بمشكلات صحية جسدية أو نفسية نتيجة إدمان المخدّرات.
- إذا كان الشخص يستعمل الحقن ولا يستطيع التوقّف عن هذه العادة.
- إذا أردنا أن نعطي الشخص ميثادون methadone في حال توفّر هذا الدواء، للاستمرار في العلاج.

الإطار ٦–١٠ ما ينبغي أن نتذكّره عندما نتعامل مع شخص يدمن المخدّرات

- المخدّران الأكثر شيوعاً اللذان يدمنهما بعض الأشخاص والشرعيان في معظم البلدان هما التبغ والكحول.
- إدمان المخدّرات مشكلة اجتماعية وصحية على حدٍّ سواء. فيمكن أن يسبّب مشكلات صحية خطيرة مثل فيروس نقص المناعة المكتسب HIV/ومتلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، وخصوصاً عند الأشخاص الذين يستعملون المخدّرات بالحقن.
- الحل الوحيد هو التوقّف كليّاً عن تناول المخدّرات.
- إنّ مقابلة واحدة تجمع بين النصح والشرح الوافر، قد يكون لها تأثير عميق على الشخص الذي يتناول المخدّرات، حتى أنها قد تدفع به إلى تغيير سلوكه.
- العناصر العلاجية الأساسية هي إعطاء النصائح حول كيفية التوقّف عن تناول المخدّر، ومعالجة الأعراض الناتجة من الانقطاع عن استهلاك المخدر، وإعطاء الإرشاد للعائلة، والمتابعة الدورية للشخص، وتحويله إلى جماعات مساعدة.

ماذا ينبغي أن نفعل بعدئذٍ؟

نبقى على اتصال دوريّ مع الشخص، لأن الإقلاع عن تناول المخدّرات أمر صعب والانتكاس شائع. ولن يتلاشى خطر الانتكاس إلا بعد أن يتعلم الشخص طرقاً جديدة للتعامل مع الضغط، وينخرط في نشاطات جديدة. وبشكل عام، ينبغي أن نبقى على اتصال مع الشخص لمدة ستة أشهر على الأقل. في بعض البلدان، من الضروريّ أن يعطي العاملون الصحيون علماً للسلطات الشرعية عندما يتعاملون مع شخص يتناول المخدّرات، لذلك علينا أن نعرف عن هذه القواعد ونتصرّف كما يجب.

٦–٣ الشخص الذي يدمن الحبوب المنوّمة

الحبوب المنومّة هي أدوية تُستعمل لمساعدة الشخص على النوم. والحبوب المنومّة الأكثر شيوعاً هي ديازيبام diazepam، ونيترازيبام nitrazepam، ولورازيبام lorazepam، وكلورديازيبوكسيد chlordiazepoxide، وألبرازولام alprazolam (راجع الفصل ١١ لمعرفة الأسماء التجارية للأدوية في منطقتك). يتناول هذا الفصل الأشخاص الذين أصبحوا يدمنون الحبوب المنوّمة.



كيف يبلغ الشخص حالة إدمان الحبوب المنومة؟

(أ) الشخص الذي لا يستطيع أن يغفو، قد...
(ب) ... يبدأ بتناول الحبوب المنوّمة لكي ينام.
(ج) سوف ينام بشكل أفضل بكثير لبضعة أيام، ولكن إذا استمر بتناول الحبوب...
(د) ... سوف يخفّ مفعول الحبوب عليه ويواجه صعوبة في النوم من جديد.
(هـ) وهو الآن يحتاج إلى المزيد من الحبوب لكي يغفو...
(و) ... ولن يستطيع النوم إلا عندما يتناول الحبوب.

٦–٣–١ لماذا يدمن الأشخاص الحبوب المنوّمة؟

الحبوب المنومّة هي من الأنواع الأكثر شيوعاً للأدوية المستعملة في العالم. وهي في الواقع تُستعمل لكل أنواع المشكلات الصحية النفسية، ولكن بشكل خاص لمشكلات النوم والقلق. غير أنّ هذه الحبوب، تماماً مثل الكحول، قد تجرّ الشخص إلى الإدمان. ومتى حصل هذا، لا يستطيع الشخص أن ينام أو أن يسترخي إلا إذا تناول الحبوب المنوّمة بشكل متكرر. فلو توقّف عن تناولها، سوف يشكو من أعراض ترافق الانقطاع عن تناولها وتتجلى في صعوبة النوم، الأمر الذي يدفع به إلى الاستمرار في تناول الحبوب المنومّة.

٦–٣–٢ متى ينبغي أن نشتبه في أن الشخص يعاني إدمان الحبوب المنوّمة؟

ينبغي أن نشتبه في الإدمان في الحالات الآتية:

- إذا كان الشخص يتناول الحبوب المنوّمة منذ أكثر من ثلاثة أشهر.
- إذا أصرّ الشخص على أن نصف له هذا النوع من الأدوية.
- إذا احتاج الشخص إلى المزيد من الحبوب المنوّمة لأنه يشكو من «التوتر»، على سبيل المثال، ومن مشكلات في النوم.

٦–٣–٣ كيف نتعامل مع هذه المشكلة؟

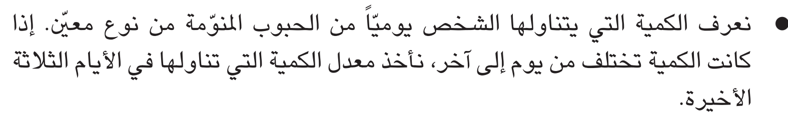
الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على الشخص الذي يُحتمل أنه يدمن الحبوب المنوّمة:

- منذ متى تتناول هذه الأدوية؟ كلما كانت الفترة أطول، ازداد احتمال الإدمان.
- ما هي وتيرة تناولك هذه الحبوب؟ إذا كان الشخص يتناول الحبوب في النهار أيضاً، يُحتمل أنه مدمن.
- كم حبة تتناول في اليوم الواحد؟ هذا سيساعدنا في تقدير الكمية الإجمالية التي يتناولها الشخص كل يوم.
- هل تشرب الكحول؟ بعض الأشخاص الذين يدمنون الحبوب المنوّمة، يعاني أيضاً مشكلة شرب.

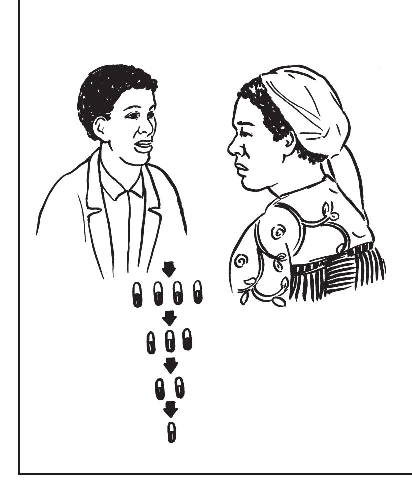
ماذا ينبغي أن نفعل على الفور؟

- نشرح للشخص أنّ الحبوب المنوّمة، إذا استُعملت لمدة طويلة، تجرّ إلى الإدمان، تماماً مثل الكحول.
- نشرح للشخص أنّ عدداً كبيراً من المشكلات التي يشكو منها ناتج عن هذا الإدمان، وأنّ هذه المشكلات ليست دليلاً على أنه يحتاج إلى الحبوب المنوّمة، كما يظنّ هو.
- بعد أن يفهم الشخص المشكلة، يمكننا أن نبدأ معه برنامجاً تدريجيّاً للانقطاع. وهذا يعني أن تخفض كمية الدواء

الإطار ٦–١١ برنامج للانقطاع عن الحبوب المنوّمة



- نعرف الكمية التي يتناولها الشخص يوميّاً من الحبوب المنوّمة من نوع معيّن. إذا كانت الكمية تختلف من يوم إلى آخر، نأخذ معدل الكمية التي تناولها في الأيام الثلاثة الأخيرة.
- نخفّض الكمية فوراً بقيمة الربع، أي إذا كان الشخص يتناول أربع حبوب ديازيبام diazepam يوميّاً مثلاً، نخفّض الكمية إلى ثلاث حبوب. وعلى الشخص أن يتناول هذه الكمية للأيام الثلاثة أو الأربعة التالية. بعد ذلك، نخفّض الكمية بقيمة الربع أيضاً أو بقيمة عملية، مثلاً إلى حبتين بدلاً من ثلاث.
- نستمرّ بهذه الطريقة إلى أن يقلع الشخص عن تناول الحبوب بعد حوالى أسبوعين.
- إذا عانى الشخص أعراضاً حادة نتيجة التوقف عن استهلاك الحبوب المنومة، نرجعه إلى الكمية السابقة، وننتظر أسبوعاً قبل التوقف من جديد.



بخطوات بطيئة على فترة معينة، بهدف التخفيف من الأعراض الناتجة عن التوقّف عن استهلاك المادة . أما الأعراض النموذجية فهي التوتر، والانشغال الفكري، وصعوبة النوم. ننذر الأشخاص دائماً باحتمال حدوث هذه الأعراض، لكي يكونوا متحضرين لها. في الإطار ٦–١١ نقتراح لبرنامج يساعدهم على التوقف عن استهلاك الحبوب المنومة.

- بعض الأشخاص قد يحصل على الحبوب المنوّمة من عاملين صحيين آخرين إذا لم نصفها لهم بأنفسنا. فإذا أمكن، نتصل بالعاملين الصحيين المحليين في مراكز أخرى، ونبلغهم بأنّ عليهم أن يتجنّبوا وصف الحبوب المنوّمة لهؤلاء الأشخاص.
- قد يساعد الدواء الوهمي (placebo) في بعض هذه الحالات.

متى ينبغي أن نحيل الشخص على اختصاصيّ؟

نحيل كل شخص يتناول كمية كبيرة من الحبوب المنومة. كذلك، علينا أن نحيل الشخص الذي يتناول أنواعاً مختلفة من الأدوية.

الإطار ٦–١٢ ما ينبغي أن نتذكره عندما نتعامل مع شخص يدمن الحبوب المنوّمة

- إدمان الحبوب المنوّمة هو من المشكلات الأكثر شيوعاً التي لها علاقة بالأدوية النفسية.
- الحبوب المنوّمة تؤثر على وظيفة الدماغ بطريقة شبيهة بتأثير الكحول. وعندما يتناول الشخص الاثنين معاً، يكون المفعول أقوى.
- إدمان الحبوب المنوّمة قد يؤدي إلى الشكاوى نفسها التي كانت عند الشخص قبل أن يبدأ بتناول الحبوب، مثل مشكلات النوم والتوتر.
- لا نصف الحبوب المنوّمة أبداً لأكثر من أربعة أسابيع.
- العلاج هو بالشرح وبالتخفيض التدريجيّ لكمية الحبوب المنوّمة التي يتناولها الشخص.

٦–٤ التدخين: الشخص الذي يدمن التبغ

استُعملت أوراق نبتة التبغ دواءً لعدة قرون. وهي نبتة يمكن مضغها (مثل «غوتكا» gutka في الهند والتنباك) أو تدخينها (على شكل سجائر).



يبدأ الأشخاص باستعمال التبغ للأسباب نفسها التي تدفعهم إلى الشرب. ومن هذه الأسباب الشائعة لبدء التدخين، الضغط الذي يمارسه الأولاد من العمر نفسه في المدرسة، والتأثر بالإعلانات التي تنشرها شركات بيع السجائر، والاعتقاد أن التدخين هو «على الموضة». ولكن متى بدأ الشخص بالتدخين، سرعان ما يصبح مدمناً، لأنّ التبغ يحتوي على مادة النيكوتين، وهي مادة مخدّرة تسبّب الإدمان بشدة. غير أنّ عدداً كبيراً من المراهقين يجرّب التدخين ولكنه لا يصبح مدمناً.

٦–٤–١ لماذا يُعتبر استعمال التبغ خطيراً؟

التبغ هو من الأسباب المهمة للموت المبكر. وعلى الرغم من الضرر الهائل الذي يسبّبه التبغ لصحة الإنسان، ما زالت شركات التبغ تسوّق السجائر والنارجيلة بقوة، لا سيّما في البلدان النامية. وتستهدف الإعلانات النساء والشباب بصورة خاصة، فلا عجب إذا لاحظنا أنّ استهلاك التبغ في عدة مجتمعات يرتفع في هذه المجموعات أكثر مما يرتفع في سواها.

أما الأمراض المرتبطة باستهلاك التبغ والأكثر شيوعاً فهي:

- السرطان في مجاري التنفس وفي الرئتين وفي المثانة.
- النوبات القلبية، والسكتة الدماغية، وارتفاع ضغط الدم.
- الأمراض الرئوية الخطيرة مثل الالتهاب الرئوي المزمن، وانتفاخ الرئة (إمفزيما).

ويسبّب تدخين التبغ الضرر للأشخاص الآخرين الذين لا يدخّنون، وذلك بالطرق الآتية:

- إذا كانت المرأة الحامل تدخّن، يمكن أن يتأذى جنينها. فقد يولد في وقت مبكر أو يكون حجمه أصغر من الحجم الطبيعي.
- التدخين غير المباشر، أي عندما يتنشّق الشخص الذي لا يدخّن الدخانَ المتصاعد من سيجارة أو نارجيلة المدخن، يمكن أن يؤدي إلى الأمراض نفسها التي يسبّبها التدخين المباشر
- الأطفال الذين ينشأون في عائلات تتضمن أفراداً من المدخنين، هم معرّضون أكثر من سواهم للإصابة بأمراض تنفسية، مثل الربو، فضلا عن سرطان المثانة.

٦–٤–٢ متى ينبغي أن نسأل الشخص عن استهلاك التبغ؟

علينا أن نسأل كل من يأتي إلينا عن استهلاكه للتبغ، ذلك أنّ معظم الأمراض المتعلقة بالتبغ لا تصيب الشخص إلا بعد عدة سنوات. وبالتالي فإنّ المراهقين الذين يبدأون بالتدخين بشكل متكرر، لا تظهر عليهم إشارات المرض قبل سن الأربعين أو الخمسين. وعندئذٍ يكون الأوان قد فات للوقاية من المرض. وينبغي أن نشتبه في أن الشخص يستهلك التبغ في الحالات الآتية:

- إذا شممنا رائحة التبغ في النفس.
- إذا لاحظنا أن أسنان الشخص وأظافره مصفرّة.
- إذا لاحظنا أن الأسنان متسوّسة أو أنّ اللسان باهت اللون.
- إذا لاحظنا علبة سجائر في ملابس الشخص.
- كلما أتى إلينا شخص يشكو من مشكلات في التنفس أو في الصدر.

٦–٤–٣ كيف نتعامل مع هذه المشكلة؟

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على الشخص الذي يستهلك التبغ

- ما هي وتيرة استهلاكك من السجائر أو النارجيلة، بالمضغ أو بالتدخين؟ هذا السؤال يعطينا فكرة تقديرية عن حدة الإدمان.
- كيف أثّر استهلاك التبغ على صحتك؟ نسأل بشكل خاص عن صعوبة التنفس والسعال المستمرّ.
- هل تشرب الكحول؟ هاتان المشكلتان قد تكونان متّصلتين، فالشخص قد يدخّن فيما يشرب كأساً.
- هل ترغب في الإقلاع عن استهلاك التبغ؟ عددٌ كبير من مستهلكي التبغ يرغب في الإقلاع عن التدخين ويرحّب بأيّ مساعدة أو نصيحة قد تساعده في ذلك.
- مَن سواك في العائلة يستهلك التبغ؟ من الصعب عادةً على الشخص أن يقلع عن التدخين إذا كان في المنزل شخص آخر يدخّن أيضاً. فمن المفيد أن نحاول مساعدة كل المدخنين في المنزل على التوقّف في الوقت نفسه.

ماذا ينبغي أن نفعل على الفور؟

نشرح للشخص ما ينبغي أن يعرفه حول المخاطر الصحية لتدخين التبغ أو مضغه.

بالنسبة إلى الأشخاص الذين يرغبون في التوقّف عن التدخين الآن:

- نحدّد تاريخاً معيناً للتوقّف، وينبغي أن يكون هذا التاريخ في المستقبل القريب.

- نحدّد بعض الحالات أو المناسبات الخاصة التي يدخّن فيها الشخص، مع الأصدقاء مثلاً، أو في الحانة، أو بعد تناول وجبة طعام، ونشجّع الشخص على أن يجد أعمالاً أخرى يقوم بها في هذه الأوقات، مثلاً أن يتجنّب الذهاب إلى الحانة أو رؤية الأصدقاء المدخنين، وأن يمضغ علكة بعد وجبات الطعام.
- نطمئن الشخص إلى أن الإقلاع عن الإدمان هو أمر صعب على كل المدخنين، ولكن جميع الأشخاص الذين يريدون التوقّف يستطيعون ذلك تقريباً.

بالنسبة إلى الأشخاص الذين ينتكسون أو لا يرغبون في التوقّف عن التدخين الآن:



- لا ننبذهم.
- نستمرّ في رؤيتهم في العيادة لمراقبة صحتهم. وعند كل زيارة، نناقش معهم عادة التدخين.
- نحاول أن ندفع بالشخص إلى تخفيف الكمية المستهلكة، من علبتين في اليوم مثلاً إلى علبة واحدة. فعندما يلمس الشخص الآثار الإيجابية التي تنتج عن هذا التخفيف على صحته، قد يجد في ذلك دافعاً ليتوقّف كليّاً.
- إذا وافق الشخص على التخفيف، نساعده على أن يضع برنامجاً يحدّد فيه كيف ومتى سيدخن (الإطار ٦–١٣). إذا تمكن من التخفيف، فسوف تزداد ثقته بنفسه وسيساعده ذلك في التوقّف في المستقبل.

متى ينبغي أن نحيل الشخص على اختصاصيّ؟

نحيل الشخص على اختصاصيّ إذا اشتبهنا في أنه يعاني مرض السرطان أو مرض القلب بسبب التبغ. التغيّر في لون اللسان أو الفم، والسعال المستمر لأكثر من شهر، وألم الصدر، وصعوبة التنفس عند الأشخاص أو تغيّر لون البول إلى الأحمر عند أشخاص يدخنون منذ مدة طويلة، كلها دلائل تشير إلى أن الشخص يحتاج إلى فحوصات طبية.

تستخدم الشركات التي تصنع المشروبات الكحولية والمخدرات وتبيعها الضغط الاجتماعي. فالإعلانات التي تجعل استخدام المخدرات والكحول يبدو مغرياً، خصوصاً في عيون الشباب، تشجّع الناس على شرائه[٧].

الإطار ٦–١٣ طرق للتخفيف من التدخين

في ما يلي بعض الاقتراحات التي تساعد الشخص في تخفيف التدخين:

- قرّر أن تدخن مرة واحدة فقط كل ساعة. ثم ابدأ بزيادة هذا الوقت بقيمة نصف ساعة كل مرة.
- صعّب على نفسك الحصول على سيجارة. فلا تترك في المنزل أكثر من علبتين في أيّ وقت.
- لا تشترِ أكثر من علبة واحدة كل مرة.
- إذا كنت تدخّن دائماً مع الشاي أو القهوة، حاول أن تستبدل هذين المشروبين بمشروب آخر.
- إذا استطعت التوقّف يوماً واحداً، يمكنك التوقّف يوماً آخر، جرّب ذلك!
- أنفق المال الذي وفّرته من عدم التدخين على أمر تحبه ولم يكن يتوفّر لديك ثمنه في السابق.
- مارس الرياضة ولاحظ كم أنّ هذا النشاط أفضل بكثير عندما لا تدخّن!
- إذا ضعفت ودخّنت سيجارة، فلا بأس! جيد أنك حاولت، ويمكنك أن تحاول مرة أخرى.
- أخبر أصدقاءك بأنك ستقلع عن التدخين.
- شجع أصدقائك على تحفيزك للاستمرار في الاقلاع عن التدخين.

الإطار ٦–١٤ ما ينبغي أن نتذكره عندما نتعامل مع شخص يدمن التبغ

- التبغ هو مخدّر بالغ الضرر. لا نتجاهل أبداً إدمان التدخين.
- نادراً ما يشكو المدخنون من عادتهم هذه على أنها مشكلة صحية. علينا أن نطرح الأسئلة على كل الأشخاص حول استهلاك التبغ.
- إذا شرحنا للشخص ما ينبغي أن يعرفه عن مخاطر التدخين، قد يكون لهذا الأمر أثر كبير في مساعدته على التوقّف عن التدخين.

(٧) «كتاب الصحة لجميع النساء»، الفصل السابع والعشرون: المخدرات والكحول والتبغ/ ص: ٤٢٤–٤٣٣. أنظر المراجع.

٦–٥ الشخص المعتاد أو المدمن على المقامرة

المقامرة هي عندما يراهن الشخص على المال في لعبة يرتكز الربح فيها بشكل أساسيّ على الحظ. يُمارس الناس المقامرة في كل بلدان العالم، مع أنها غير شرعية في بعض المجتمعات. من الأمثلة الشائعة على المقامرة، المراهنة على المال في سباق الخيل، ولعب الورق، والألعاب الرياضية، واليانصيب، وآلات المقامرة.

٦–٥–١ كيف تصبح المقامرة عادةً؟

لا يمكن تفسير إدمان المقامرة مثلما يُفسَّر إدمان الكحول، لأن ليس فيها مواد «كيميائية» خارجية تساهم في الإدمان. بل إنّ المقامرة مشوّقة ومثيرة. ويبدو أنّ أحد الأسباب الأساسية لإدمان المقامرة هو أن يتوقع الشخص الربح. ومعظم المقامرين يخسرون من المال أكثر مما يربحون، وفي داخلهم رغبة في استرجاع ما خسروه. حتى أنهم قد يقترضون المال أو يسرقونه ليقامروا. ولكنّ دائرة الخسارة والمقامرة تستمرّ إلى أن يرى الشخص نفسه واقعاً في مشكلات مادية كبيرة. وعندما يقع الشخص في هذه الدائرة، نُسمّي ذلك المقامرة المَرَضيّة.

٦–٥–٢ المقامرة المرضيّة والصحة

المقامرة المرضيّة يمكن أن تؤذي الصحة بعدة طرق:



كثيراً ما يرافق المقامرة عادات أخرى كالتدخين وشرب الكحول

- يتأثر العمل لأن حياة الشخص لم تعد تتبع دواماً منظماً، وقد ينام أقلّ من السابق لأن بعض نشاطات المقامرة يُمارَس في ساعات متأخرة من الليل.
- إنّ المقامر لا يمكنه أن يفكر في أيّ شيء آخر سوى المقامرة، لذلك قد يصبح سريع الانفعال، وقليل التركيز، ومحبطاً.
- المقامر يقع في مشكلات مادية وقد تكون عليه ديون لعدة أشخاص.
- بعض المقامرين يتورّط في سرقات أو جرائم أخرى للحصول على المال.
- غالباً ما تقع الخلافات بين الشخص وأقربائه، لأن الشخص لا يخصّص الوقت والاهتمام الكافيين لمسؤولياته العائلية.
- غالباً ما تترافق المقامرة مع شرب الكحول والتدخين. فقد تُمارَس نشاطات المقامرة في الحانة مثلاً.

٦–٥–٣ متى ينبغي أن نشتبه في أن الشخص يدمن المقامرة؟

ينبغي أن نشتبه في أن الشخص يدمن المقامرة في الحالات الآتية:

- عندما يقع الشخص في مشكلات مع الشرطة بشكل متكرر.
- إذا كنا نعرف الشخص وقد لاحظنا أنه يزداد فقراً.
- عندما ينقطع الشخص عن أصدقائه القدامى.

وعندما يأتي إلينا شخص يعاني مشكلة شرب، نسأله عن المقامرة أيضاً.

٦–٥–٤ كيف نتعامل مع هذه المشكلة؟

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على الشخص الذي يُحتمل أنه يدمن المقامرة:

- هل كنت تقامر مؤخّراً؟ أيّ نوع من المقامرة تمارس؟
- هل أضعت الوقت في العمل بسبب المقامرة؟
- كيف أثرت المقامرة على حياتك في المنزل؟
- ما هو شعورك حيال ممارستك المقامرة؟ هل تشعر بالذنب؟
- من أين تأتي بالمال لتقامر؟ بكم تدين للآخرين؟
- هل تشرب الكحول؟ إذا كان الجواب «نعم»، نطرح الأسئلة المتعلقة بإدمان الكحول (راجع القسم ٦–١).
- هل فكّرت في التوقّف عن المقامرة؟ هل ترغب في ذلك الآن؟

ماذا ينبغي أن نفعل على الفور؟

- نناقش مع الشخص طبيعة هذه العادة. فمعظم المقامرين لا يعرف حتى أن المقامرة قد تصبح مشكلة، تماماً مثل سائر أنواع الإدمان. وعندما يدرك خطورتها، قد يتشجّع للتفكير في التخلي عن عادته.
- نناقش مع الشخص الآثار السلبية للمقامرة على حياته.
- إذا كان الشخص يعاني أيّ إدمان آخر، نعالجه كما ينبغي.

إذا كان الشخص يرغب في التوقّف عن المقامرة الآن، نقوم بالخطوات الآتية:

- نحدّد نشاطات أخرى يمكن أن يمارسها الشخص بدلاً من المقامرة. وينبغي أن تكون هذه الأنشطة مسلّية للشخص كي يتمكن من مقاومة الرغبة الملحّة في المقامرة.
- نحدّد الظروف التي تثير في الشخص الرغبة في المقامرة. مثلاً، إذا كانت الرغبة في المقامرة مرتبطة بالشرب في حانةٍ معينة، عليه أن يتجنّب الذهاب إلى تلك الحانة. كذلك، عليه أن يتجنّب الأصدقاء الذين تربطه بهم المقامرة.
- نحدّد أشخاصاً مهمّين في حياته يمكنهم أن يتفهموا مشكلته وأن يقدّموا له الدعم في هذه المرحلة الصعبة.
- نعلّم الشخص كيف يحل مشكلاته (راجع القسم ٣–٢). مثلاً، قد تكون الديون هي المشكلة الكبرى التي يواجهها. نحدّد جميع الأشخاص الذين يدين لهم الشخص بالمال، ونساعده ليضع خطة تهدف إلى ردّ ديونه. هذا سيساعده في أن يستعيد الثقة بنفسه ويشعر بأنه قادر على تخطي صعوباته. كذلك، سيساعده في أن يتجنّب المزيد من المقامرة في محاولة لجمع المال وردّ الديون.
- من المفيد أن يعطي قسماً كبيراً من أجره لزوجته مثلاً، في اليوم الذي يتقاضى فيه راتبه، لكي لا ينفق كل راتبه على المقامرة.
- تتوفّر في بعض الأماكن مجموعات خاصة تساعد الأشخاص الذين يدمنون المقامرة (مثل «غامبلرز أنونيموس» Gamblers Anonymous)[٨]، فنحيل الشخص عليهم.



(٨) Gamblers Anonymous أو «المقامرون المجهولون» هم مجموعات من مدمني المقامرة وعاملين اجتماعيين أو نفسيين. تهدف المجموعة إلى تقديم الدعم والمساعدة اللازمة لأعضائها لمواجهة وتخطي مشكلاتهم. لا يعرف عن وجود هذه المجموعات في البلدان العربية.

إذا انتكس الشخص أو إذا لم يرغب في التوقّف الآن:

- لا ننبذ الشخص
- نطلب منه أن يأتي لرؤيتنا من جديد.
- نناقش معه احتمال أن يتخلى عن المقامرة عند كل زيارة.
- نحاول أن نخفّف من ممارسته المقامرة، من خلال تخفيض الوقت الذي يمضيه في ممارستها أو من خلال تحديد كمية قصوى من المال يمكن أن يقامر بها في الأسبوع الواحد.

بعض المقامرين قد يصبح مكتئباً أو قلقاً وقد تفيده مضادات الاكتئاب (راجع الفصل ١١).

الإطار ٦–١٥ ما ينبغي أن نتذكره عندما نتعامل مع شخص يدمن المقامرة

- المقامرة قد تجرّ الشخص إلى الإدمان وتضرّ بصحته النفسية والاجتماعية.
- مع أن المقامرين نادراً ما يأتون إلينا طالبين العلاج، كثيرون منهم يقرّون بأنهم يعانون مشكلة.
- بعض المقامرين قد يكون مكتئباً.
- العلاج الأفضل هو أن نشرح للشخص طبيعة المشكلة، ونحدّد أنشطة ترفيهية أخرى يمكن أن يمارسها، ونعلمه تقنية حلّ المشكلات(٩).

---

(٩) راجع الفصل العاشر للتعرّف على كيفية تشكيل مجموعات الدعم.

الفصل السابع

المشكلات الناتجة من الفقدان ومن العنف

٧-١ الشخص الذي تعرّض لحدث يسبب الهلع العنيف (حدث يسبب الصدمة)

أي حدث يدفع بالشخص إلى الخوف على حياته أو يسبّب له الأسى والقنوط الشديدين هو حدث صدمي. ثمة عدة أنواع من الأحداث الصدمية، أبرزها:

- **الصدمة الشخصية:** تنتج عن حادث يهدّد شخصًا معيّنًا، مثل التعرّض للاغتصاب أو فقدان شخص عزيز (الحداد) أو الوقوع ضحية جريمةٍ ما أو التعرّض لحادث مرور كبير.
- **الحرب والإرهاب:** إن الرعب الذي يرافق الحرب قد يسبّب الصدمة للجنود وللمدنيين على حدٍّ سواء بأشكال مختلفة (راجع الفصل ٩-٤) في هذه الحالة، تكون آثار الصدمة على المستوى الجماعي ولذلك ينبغي التعامل معها على هذا الأساس، بصفتها تجربة جماعية.
- **الكوارث الكبرى:** الكوارث، مثل تحطم الطائرات أو الحرائق أو الهزات الأرضية يمكن أن تسبّب صدمة لعدد كبير من الناس في الوقت نفسه (راجع القسم ٩-٥). وهذه تجربة جماعية أيضاً.
- **النزاعات السياسية الأهلية:** التي تكثر في البلدان العربية نتيجة جملة من العوامل. تخلق هذه النزاعات حالة من انعدام الاستقرار ومن الأحداث الأمنية التي تسبّب الصدمات لأعداد كبيرة من الناس.
- **العنف الأسري:** يشكل خطورة كبيرة على حياة الفرد والمجتمع، فهو من جهة يصيب الخلية الأولى في المجتمع بالخلل، مما يعيقها عن أداء وظائفها الاجتماعية والتربوية الأساسية في أحسن الأحوال وأفضل الظروف، وهو من جهة ثانية يساعد على إعادة إنتاج أنماط غير سوية من السلوك والعلاقات بين أفراد الأسر (راجع القسم ٩-٦)[1].

سوف نفصّل كيفية التعامل مع الأشخاص الذين تعرّضوا للعنف المنزلي والاغتصاب والحداد في مرحلة لاحقة من هذا الفصل.



الأسباب المحتملة لاضطراب الضغط الناتج من الصدمة هي: الجرائم، والحروب، والكوارث.

(١) الإقليمي لحماية الأسرة الذي عقد في عمان خلال الفترة ١٣-١٥/١٢ ٢٠٠٥ www.aman.org.

من المهم والمفيد تمييز عدة استجابات ممكنة على الأحداث الصدمية[١]:

(أ) المعاناة البشرية العادية Ordinary Human Suffering (OHS)، وهي عبارة عن ردود الفعل والاستجابات النفسية والعاطفية «الطبيعية» التي تظهر في ظروف «غير طبيعية»، وتستمر لفترة زمنية محدودة.

(ب) الاستجابات النفسية المؤلمة Distressful Psychological Reactions (DPR)، مثلها مثل المعاناة البشرية العادية، تكون ذات طبيعة عابرة ولا تتطلب عناية متخصصة. الموارد الذاتية (الداخلية) والدعم المناسب من الأهل والمجتمع المحلي قد يساعد هؤلاء الأفراد على مواجهة النتائج السلبية للصدمة والتغلب عليها.

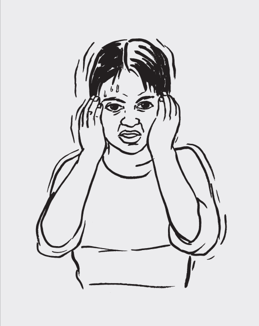
ج) بعض الأفراد تنشأ عندهم اضطرابات نفسية يمكن تشخيصها، وأبرزها وأكثرها شيوعاً هو اضطراب ما بعد الصدمة PTSD.

د) الفئة الأخيرة من الاستجابات المحتملة على الصدمة والتجارب العنيفة هي ما يعرف حاليا «بالنمو الذي ينشط اثر المحنة/الأزمة» Adversity-Activated Development (AAD) (Papadopoulos)، وهو يشير إلى النتائج الايجابية المحتملة التي تنشط بفعل الصدمة والمحنة. الأدبيات عن هذا الموضوع تستعمل (مصطلحات) مختلفة لتشير إلى هذا النوع من الاستجابات، مثلا، النمو والتطور بعد الصدمة / والنمو والتطور المتعلّق بالضغوطات في المحن/ والفوائد الناتجة عن المحن والأزمات/...

جميع هذه التعابير تشير إلى العملية التي تحوّل المحنة/ الأزمة إلى نمو وتطور. فالأفراد الذين يتعرّضون للمحن، فضلاً عن بعض النتائج السلبية.فإنهم يختبرون مراجعة أساسية وتجديداً لحياتهم. فهم يعتبرون بأن قربهم من الموت يجعلهم الآن يثمّنون الحياة والعلاقات المتينة، ولا يرغبون بإضاعة حياتهم هدراً بل عيشها بطريقة ايجابية أكثر من السابق.

يمكن ملاحظة جميع هذه الأشكال من الاستجابات (بفئاتها المختلفة) لدى الأفراد والجماعات، ولا سيما على نطاق المجتمع الأوسع. هذا يعني أننا إذا أردنا مراقبة آثار الأحداث العنيفة والصدمات في ظروف الأزمات، من المهم أن نراعي الاستجابات الممكنة، على مستوياتها كافة[١].

الإطار ٧–١ اضطراب الضغط الناتج من صدمة Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)
عندما تأخذ الصدمة معنى أبعد من الأذى الجسدي



الأشخاص الذين يعانون اضطراب الضغط الناتج عن صدمة يحملون ثلاث شكاوى:

- **عيش الصدمة من جديد مرة بعد أخرى.** يعيش الشخص الصدمة من جديد من خلال أحلام أم كوابيس عن الحادث، أو كوابيس، أو لحظات قصيرة يومض فيها مشهد الحادث في ذهن الشخص كأنه يتكرر في اللحظة نفسها.
- **تجنّب بعض الأمور.** يتجنّب الشخص الحالات التي تذكره بالحدث المسبّب للصدمة، ويحتمل ألا يتذكر الأمور المتعلقة بالصدمة، فيشعر بأنه يبتعد عاطفيًا عن الأشخاص.
- **اليقظة المتزايدة.** أي أنّ الشخص يبقى متيقظـًا. فيضطرب نومه، ويصبح سريع الانفعال، ويواجه صعوبة في التركيز، ويخاف من أبسط الأمور. وقد تصيبه نوبات من الذعر (راجع القسم ٥–٢).



كذلك، فإن عدداً كبيراً من الأشخاص المصابين باضطراب الضغط الناتج من صدمة يشعر بالاكتئاب، ويفقد الاهتمام بالحياة اليومية، ويشعر بالتعب والأوجاع والآلام، وبالرغبة في الانتحار. والأشخاص المصابون باضطراب الضغط الناتج من صدمة يواجهون صعوبات في العمل، والعلاقات مع الآخرين، والأطفال منهم يواجهون صعوبة في الدرس.

---

(١) الصدمة ودور الصحة النفسية في الشفاء ما بعد الأزمات: كتاب حول الدروس المستفادة. ناتالي لوزي ورينوس بابادوبوليس، المنظمة الدولية للهجرة IOM ، الطبعة الأولى، ٢٠٠٤. www.iom.int

٧–١–١ كيف تؤثر الصدمة على صحة الفرد؟

الصدمة يمكن أن تسبّب إصابات جسدية مثل كسر الرجل نتيجة حادث، أو حرق ناتج عن انفجار. كذلك، يمكن أن تترك هذه الحوادث أثراً عميقاً على الصحة النفسية للفرد. وحتى الأشخاص الذين شاهدوا هذه الحوادث من دون أن يكونوا جزءاً منها (مثل الشخص الذي يسير في الشارع فيرى حادثاً مريعاً) يمكن أن تتأثر صحتهم النفسية. وعدد كبير من الأشخاص الذين يتعرّضون لصدمة تصدر عنها ردود فعل عاطفية، فيشعر الشخص منهم بأنه مخدّر أو مصاب بالدوار، ويشعر بالخوف، ويواجه صعوبة في النوم، ويفكر في الحادث باستمرار، ويصبح سهل الانفعال، ويرى كوابيس، ويواجه صعوبة في التركيز. هذا ردّ فعل طبيعي على الحادث الذي يسبب الصدمة، ويستمرّ فترة قصيرة (عادة من أسبوعين إلى أربعة أسابيع). غير أنّ بعض الأشخاص تستمرّ عندهم ردود الفعل هذه عدة أشهر أو حتى عدة سنوات بعد الصدمة وتؤثّر سلبا في حياتهم اليومية، وقد تؤدي إلى مشكلات جديدة، مثل إدمان الكحول أو مشكلات في العلاقات مع الأشخاص الآخرين. وهذا اضطراب نفسيّ يسمّى اضطراب الضغط الناتج من صدمة (PTSD) (راجع الإطار ٧–١).

٧–١–٢ لماذا يؤدّي العنف عند بعض الأفراد إلى اضطرابات نفسية؟

إنّ الحوادث التي تؤدي إلى الخسارة الفعلية للحياة أو الحوادث التي تهدّد الحياة ، من الأرجح أن تؤدي إلى اضطراب الضغط الناتج من صدمة. والكوارث التي يصنعها الإنسان، مثل عنف الإرهاب، قد تكون أكثر تسبّباً بصدمة من الكوارث الطبيعية، لأنها تبدو أحياناً من دون أيّ معنى. والأشخاص الذين ينجون من الحوادث المسبّبة لصدمة والتي مات فيها أشخاص آخرون، قد يشعرون أيضاً بالذنب أو يلقون اللوم على أنفسهم لأنهم لم يفعلوا ما بوسعهم لينقذوا الآخرين. وكلما كان الدعم الاجتماعيّ ضعيفاً والروابط الاجتماعية ضعيفة (كما يحصل في الحروب)، فإن خطر الإصابة باضطراب الضغط الناتج من صدمة يكون أكبر.

٧–١–٣ كيف تتعامل مع هذه المشكلة؟

الأسئلة التي ينبغي أن تطرحها على الأشخاص الذين تعرّضوا لحادث عنيف:

- **ما الذي جرى؟** نشجّع الشخص على وصف الحادث المسبّب للصدمة بالتحديد. كيف بدأ الحادث؟ ماذا جرى لك؟ من كان حاضراً أيضاً؟ ماذا فعلت بعد ذلك مباشرةً؟ هذه الأسئلة تساعدنا في الحصول عن المعلومات عن الحادث، كما أنّ التكلـّم عن الحادث يساعد الشخص على أن يشعر بتحسّن في بعض الأحيان وإذا كان مستعدا لذلك. من المهم تشجيع الفرد على التعبير دون إجباره على ذلك، ذلك أن دفع الفرد إلى الكلام قد يسيء إليه أحياناً.
- **كيف تشعر الآن؟** ردّ الفعل يتوقف على الوقت الذي مرّ منذ أن حصل الحادث مع الشخص.
- **مع من يمكنك أن تتحدث عن مشاعرك؟** الأشخاص الذين يتوفر لهم الدعم الاجتماعي يمكن أن يتخطوا أسرع من سواهم.

ماذا الذي نفعل على الفور؟

- **نشجّع الشخص على التحدّث عما جرى:** فإنّ مفاتحة شخص آخر بالحدث المسبّب لصدمة هي طريقة مهمّة للتعامل مع الحادث.
- **نطمئن الشخص إلى أنّ ردود الفعل العاطفية طبيعية** وأنها ليست دليلاً على أنه سيصاب «بالجنون».
- **نشجّعه على التحدّث مع أشخاص آخرين يثق بهم،** بمن فيهم الناجون الآخرون. فالأحاديث الجماعية مفيدة،

لا سيما عندما يكون الحادث قد أثّر على عدد كبير من الأشخاص، مثل اللاجئين هرباً من الحرب (راجع القسم ٩–٤).

- **نشجّعه على ألا يتجنّب الحالات التي تذكّره بالحدث.**
- ينبغي ألا يُترك الشخص وحده، لبضعة أيام على الأقل. فنحرص على أن يبقى برفقة أصدقاء أو أقرباء يهتمّون لأمره.
- إذا كان الشخص يشكو من أعراض مثل نوبات الذعر، أو مشكلات النوم، أو التعب، اتبع الخطوات المقترَحة في الأقسام ٥–٢، و٥–٣، و٥–٤.
- إذا كان الشخص يعاني صعوبات حادة، يمكننا أن نصف الحبوب المنوّمة لمدة أقصاها أربعة أسابيع
- يمكننا استعمال مضادات الاكتئاب وفق جدول معيّن (راجع الفصل ١١) فهي قد تساعد الأشخاص الذين تعرّضوا لصدمة أيضاً.

متى ينبغي أن نحيل الشخص على اختصاصيّ؟

ينبغي أن نحيل الشخص إلى اختصاصي في حال استمرت الأعراض لمدة زمنية طويلة واستمرت في التأثير السلبي على حياته ومنعته من ممارسة أنشطة حياته اليومية.

تتوفّر في بعض المناطق خدمات خاصة للأشخاص الذين تعرضوا لصدمة. والأرجح أنها متوفّرة في المناطق التي تتعرض للحرب أو للاضطراب الأهلي.

ما الذي ينبغي أن نفعل بعد ذلك؟

نبقى على اتصال بالشخص طالما أنه يشعر بأنّ ثمة ضرورة لذلك. في بادئ الأمر، نقابله مرة في الأسبوع على الأقل لمدة شهر. وإذا لاحظنا أنّ الشخص يتحسّن تدريجيّاً، يمكننا أن نثق بأنه سيشفى تماماً. أما إذا بدا لنا أنّ الأعراض تزداد سوءاً، فعلينا أن نبقى على اتصال به لمدة أطول، ونحاول أن نتبع علاجاً بمضادات الاكتئاب وفق جدول معيّـن، أو نحيل الشخص إلى اختصاصيّ.

الإطار ٧–٢ ما الذي ينبغي أن نتذكره عندما نتعامل مع الشخص الذي تعرّض لصدمة أو حدث عنيف

- الأحداث المسبّبة لصدمة تشمل تعرّض الشخص للعنف، أو الاغتصاب، أو لجريمة ما؛ أو الانخراط بالحرب، أو بالعنف الإرهابيّ، أو بكارثة كبرى.
- **بعض** الأشخاص قد يصاب باضطراب نفسي يسمّى اضطراب الضغط الناتج من صدمة.
- أبرز الدلائل على اضطراب الضغط الناتج من صدمة هو أن يعيش الشخص الصدمة من جديد، وأن يتجنّب الحالات أو الأماكن التي تعيد إليه ذكريات الصدمة، وأن يشعر بالخوف وباليقظة الزائدة.
- التكلّم عن الحادث وعن مشاعر الشخص حياله غالباً ما يساعد الشخص على الشفاء. وبعض الأشخاص قد تساعده مضادات الاكتئاب أيضاً.

العنف المنزلي

٧–٢ المرأة التي يضربها شريكها أو يسيء معاملتها

العنف المنزلي [٣] هو عندما يمارس أحد الأشخاص في المنزل العنف على شخص آخر. ولأنّ غالبية «ضحايا» هذا العنف هي من النساء[٤]، لذلك يعالج هذا القسم بشكل أساسيّ مسألة المرأة التي يضربها شريكها. وكلمة «شريك» تشمل الزوج أو الرجل الذي يعيش مع المرأة علاقة جنسية أو حميمية، من دون أن يكون بالضرورة متزوجاً بها. وكلمة «سوء المعاملة» لا تعني فقط العنف الجسدي. فالعنف المعنوي والعاطفي بشكل عام، هما الأكثر شيوعاً وقد يؤذيا المرأة كثيراً أيضاً (راجع الإطار ٧–٣).

العنف ومراحل حياة المرأة[٥]

الطفولة	الختان تفضيل الذكور التمييز في الرعاية الصحية التمييز في التغذية التمييز في التعليم الزواج المبكر[٦]
الزواج	الإجبار على الزواج بمن لا يرغبن به عنف نفسي في حال عدم الإنجاب اللوم في حال إنجاب البنات الحرمان من الاحتياجات الأساسية خلال فترة الحمل عدم مراعاة الحالة النفسية/الجسدية عند ممارسة الجنس مع الشركاء
سن الأمان	الخوف من انتهاء الدور الإنجابي وعلاقته بالمكانة الاجتماعية الخوف من فقدان الأنوثة

العنف الأسري في المجتمعات العربية

لقد ظلّت مجتمعاتنا العربية سنوات طويلة ممتنعة عن تناول هذا الموضوع بحجّة أن العنف ليس شائعاً في منازلنا. لكن السنوات الأخيرة قد شهدت اهتماماً متزايداً من قبل المنظمات النسائية ومراكز الأبحاث بتناول هذه القضية وبحثها وتحديد معدلات انتشارها. ففي مصر، على سبيل المثال، أشار المسح الصحي الديمغرافي الذي أجري عام ١٩٩٥ إلى أن نحو ٤٥ في المئة من النساء المتزوجات الأميات أو الحاصلات على تعليم ابتدائي و١٤ في المئة من الحاصلات على مستويات تعليمية أعلى، قد تعرضن للضرب. وان ثلث النساء اللاتي ضربن، ضربن في أثناء الحمل ... وان العنف الذي يمارس داخل الأسرة في المجتمعات العربية يظل أمراً مكتوماً وخفياً وتعتبره الغالبية أمراً خاصاً ومشروعاً[٧].

---

(٣) العنف ضد المرأة: دراسة سيكولوجية، د. معن عبد الباري قاسم، أنظر المراجع.

(٤) بدأ الاهتمام بقضية العنف ضد النساء من قبل المنظمات النسائية في مؤتمر فيينّا الدولي لحقوق الإنسان سنة ١٩٩٣. راجع كتاب «النفس تشكو والجسد يعاني»: ١٢٠–١٣٦. أنظر المراجع.

(٥) المرجع المذكور نفسه أعلاه، ص:١٢٢.

(٦) تقرير ورشة العمل حول اتفاقية حقوق الطفل: المراهقون والمراهقات والزواج المبكر في المجتمعات العربية، أنظر المراجع.

(٧) النفس تشكو والجسد يعاني: دليل المرأة العربية في الصحة النفسية، ص: ١٢٤، أنظر المراجع.

وتشير إحصاءات الأمم المتحدة إلى أن الجرائم التي ترتكب تحت بند «الدفاع عن الشرف» في تزايد مستمر، بحيث يشكّل موضوع جرائم الشرف إحدى أكثر القضايا الخلافية المثيرة للجدل في مجتمعنا. ففي وقت حرّم فيه أحد رجال الدين في بلد عربي «جرائم الشرف» ووصفها بأنها «جريمة كاملة» لا تستحق التخفيف، في خطوة غير مسبوقة على مستوى تعاطي المؤسسات الدينية الرسمية مع الظاهرة، رفض برلمان في بلد عربي آخر، وبالأغلبية الساحقة مشروع قانون يطالب بتشديد القوانين الراهنة ضد مرتكبي جرائم الشرف. (المركز العربي للمصادر والمعلومات، شبكة أمان، ٢٠٠٧. www.aman.org).

٧–٢–١ لماذا يُعتبر العنف ضد المرأة مسألة متعلقة بالصحة (أيضاً !)

العنف ضد المرأة مشكلة شائعة، وفي بعض الأماكن، تتعرّض واحدة من كل ثلاث نساء للضرب من قبل أزواجهنّ. والعنف يُمارَس في كل طبقات المجتمع، وهو يؤذي صحة المرأة بشكل كبير جدّاً، حتى إنه في الحالات القصوى قد يؤدي إلى وفاتها. إنّ عدداً كبيراً من الناجين يطلب المساعدة بسبب المشكلات الصحية الناتجة عن العنف المنزلي. لذلك يُعتبر العنف ضد المرأة مسألة صحية اجتماعية مهمة.

٧–٢–٢ كيف تحضر المرأة التي تتعرض للعنف المنزلي إلى العامل الصحي؟

نادراً ما تشكو المرأة من أنها تتعرّض للضرب. إن الميل لتجنّب الحديث عن العنف ضد النساء يعود إلى عدد من الأسباب تستند في أغلبيتها إلى فرضيتين: الأولى هي أن ما يحدث داخل الأسرة يعتبر من الشأن الخاص الذي لا يجوز لطرف ثالث أن يتدخل فيه، والثانية هي أن النساء يسكتن عن هذا العنف بسبب الخوف ... هذا وان بعض النساء يفسّرن الأمور بقصور من جانبهن [٨].

الإطار ٧–٣ الطرق التي يمكن أن يسيء الرجل فيها معاملة المرأة

يسخر منها، ويستغلها، ويذلّها

مثلاً، يستعمل لغة بذيئة معها أو يسيء الكلام عن أقربائها وأصدقائها.

يهدّدها

مثلاً، يهدّد بقتلها أو بإيذائها أو بالزواج من امرأة أخرى، ولكن يهدّد أيضًا بإيذاء نفسه (بالانتحار مثلاً) إذا تركته المرأة.

يجبرها على ممارسة الجنس

يظن بعض الأشخاص أنّ المرأة متى تزوّجت بالرجل، عليها أن تسمح له بممارسة الجنس متى يرغب في ذلك. وهذا ليس صحيحاً.

يسيطر على الموارد في المنزل

مثلاً، يرفض الاعتراف بحق المرأة في الحصول على المال، أو الرعاية الصحية، أو العمل.

يجبرها على البقاء معزولة

مثلاً، لا يسمح لها بمقابلة أصدقائها أو بترك المنزل.

يمارس العنف الجسدي بحقها

ويتضمن ذلك كل عمل جسدي يؤذي المرأة، من الصفع إلى الضرب والرفس. وفي حالات أشدّ خطورة، قد يستعمل الرجل سلاحاً، أو حتى يحاول قتل المرأة.



(٨) النفس تشكو والجسد يعاني: دليل المرأة العربية في الصحة النفسية، ص: ١٢٤، أنظر المراجع.

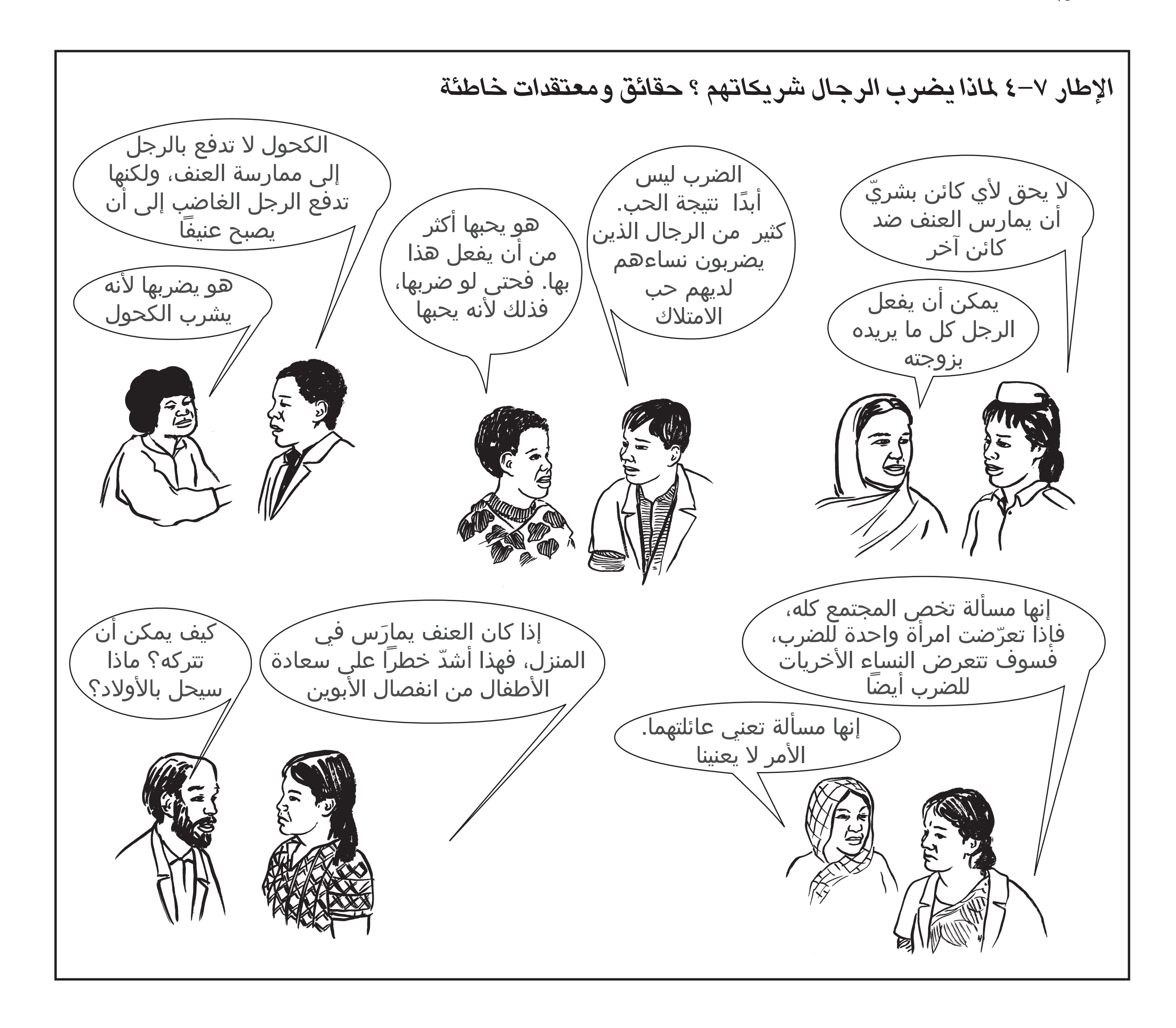
أما المشكلات الصحية العامة التي تشكو منها المرأة فهي:

- المشكلات الناتجة مباشرةً من العنف، مثل الجروح، والرضّات، والإصابات الأخرى
- المشكلات الناتجة من الخوف والتعاسة لأنها تعيش مع رجل عنيف. وتجدر الإشارة إلى أنّ الضرر المتعلق بالصحة النفسية والناتج من العنف، لا سيما الاكتئاب والقلق، لا يبدو واضحاً للعامل الصحي مثل الضرر الجسدي.
- المشكلات الجنسية، مثل الأمراض المنقولة جنسيّاً، أو الإجهاض.

٧-٢-٣ لماذا يضرب بعض الأشخاص شريكاتهم أو يسيئون معاملتهنّ؟

ما من إجابة بسيطة عن هذا السؤال (راجع الإطار ٧-٤). فبعض الرجال يضرب شريكته لأنه يعتقد أنّ هذه طريقة مقبولة لمعالجة الخلافات. فقد يكون رأى أباه يتصرّف بهذه الطريقة مع أمه، فيصبح العنف طريقة لإخضاع المرأة . غير أنّ سيطرة الرجل لا يمكن أن تكون السبب الوحيد، لأن العنف شائع حتى في المجتمعات التي حقّقت فيها المرأة مستوىً لا بأس به من المساواة. في الواقع، وبصورة عامة، فإن الرجال الذين يضربون نساءهم لا يكونون عدوانيين في العلاقات خارج الأسرة. إن شرعنة بعض المجتمعات بما فيها المجتمعات العربية عنف الرجل ضد المرأة هو من العوامل التي تزيد من نسبة العنف ضد المرأة. (كتاب النفس تشكو والجسد يعاني: دليل المرأة العربية في الصحة النفسية، ص: ١٢٤، انظر المراجع).

الإطار ٧-٤ لماذا يضرب الرجال شريكاتهم ؟ حقائق ومعتقدات خاطئة



الإطار ٧–٥ لماذا تستمر المرأة في علاقة يمارَس فيها العنف؟

المرأة لا تترك شريكها الذي يمارس العنف ضدها لعدة أسباب:

- ليس لديها المال، ولا مكان تذهب إليه. المرأة واقعة في فخ المال. فإذا تركت شريكها، فقد لا تجد منزلاً تذهب إليه وقد لا يكون معها المال اللازم. (بيوت الحماية والإيواء للنساء المعنفات مازالت قليلة جداً في المجتمعات العربية).
- كيف سيتدبر الأطفال أنفسهم من دون أب؟ إذا كان عندها أطفال، فقد تقلق على مستقبلهم.
- «ماذا سيفعل هو إذا ذهبت أنا؟» ربما تخاف مما قد يفعله إذا تركته. فبعض الأزواج يهدّد شريكته بأنه سيقتلها أو يقتل نفسه.
- ماذا سيفكر الآخرون إذا تركته؟ قد لا تحصل على الدعم الاجتماعي الكافي، فبعض النساء تجد أنّ عائلتها تتغاضى عن شكواها بشأن العنف، و/أو القوانين والشرطة لا تراعي حالات العنف هذه، أو لأن استخدام العنف شائع في حل مشكلات العلاقات المختلفة.
- «لماذا لا أحاول أن أتغيّر لأحسّن الأحوال؟» يلقي بعض النساء اللوم على أنفسن بشأن العنف، وقد يشعرن بأنّ عليهن أن يتغيّرن لكي تتحسّن أحوالهن.
- «هذا هو الزواج». قد تعتقد بعض النساء أنّ العنف هو جزء «طبيعي» من العيش مع رجل. وهذا الاعتقاد ينطبق بشكل خاص على النساء اللواتي رأين أمهاتهنّ أو أخواتهنّ يتعرّضن للضرب.

ومع أنّ العنف موجّه بغالبيته ضد المرأة، إلا أنه قد يوجـَّه ضد أشخاص آخرين في الأسرة، مثل الأطفال، وكبار السن، والرجال. وفي العلاقات بين مثليّي الجنس، قد يمارس الرجل العنف ضد شريكه، وقد تمارس المرأة العنف ضد شريكتها. وبالتالي قد يكون أحد الأسباب المهمة للعنف مرتبطـاً بطبيعة العلاقات العاطفية الحميمة بين الأشخاص الذين يعيشون ضمن الأسرة. وثمة مسألة أساسية ومهمة في هذا الشأن هي مسألة «القوة والسلطة». وهذا يعني أن الشخص الذي يشعر بأنه يملك القوة أو السلطة على شخص آخر، يُـحتمل أن يمارس العنف ضد هذا الشخص.

ينبغي ألا نظن أن الشخص الذي يمارس سوء المعاملة هو وحش. بل قد يكون هو نفسه بحاجة إلى المساعدة. فمعظم النساء يفضّلن البقاء مع شركائهن مع أنهم يمارسون العنف (راجع الإطار ٧–٥). وبالتالي فإنّ العمل مع الرجل الذي يسيء معاملة زوجته قد يشكل جزءاً مهمّاً من مسيرة مساعدة المرأة. فإذا اعتبرنا أنه وحش، فسوف يصعب علينا العمل معه. كذلك، فإن هذا الموقف يصعّب علينا أن نتفهم رغبة المرأة في الاستمرار بالعيش معه. وبعضنا يقول إن المرأة «تستحق» أن تـُضرب لأنها عابثة، ولكن ليس ثمة عذر من هذا النوع أو غيره يبرر للرجل أن يسيء معاملة المرأة .

الحالة ٧–١ قصة «نهى»: دائرة العنف

تزوجت «نهى» من «عفيف» عندما كانت في السابعة عشرة من عمرها فقط. بعد ذلك بقليل، بدأ «عفيف» يصرخ بوجهها. أقلقها الأمر في البداية، لأنه كان محبّاً جدّاً قبل أن يتزوّجا. وغالباً ما كان سبب غضبه بسيطـاً، فيوماً يغضب لأنّ العشاء لم يكن لذيذاً، ويوماً آخر لأنه أفرط في الشرب ولم يكن سعيداً في عمله. تحدثت «نهى» الى أختها الكبرى التي طمأنتها قائلة إنّ القليل من الغضب هو أمرٌ طبيعيّ في كل العلاقات الزوجية. غير أنّ الغضب راح يزداد سوءاً مع الوقت. وفي أحد الأيام، عادت «نهى» من السوق إلى المنزل في وقت متأخر خلافاً لعادتها. و«عفيف» كان غاضباً جدّاً، واتهمها بأنها ليست زوجةً صالحة، واتهمها بأنها على علاقة برجل آخر. فاعتذرت «نهى» منه وأنكرت هذه التهمة. غير أنّ هذا الأمر أغضب «عفيف» أكثر، فصفعها على وجهها. صُدمت «نهى». فقد كانت هذه المرة الأولى التي يصفعها فيها. فركضت إلى غرفتها وراحت تبكي. اعتذر منها «عفيف». ولكنّ الأمر تكرّر مرّة بعد مرّة، وأصبح الضرب عملاً متكرّراً. وفي كل مرّة يضربها فيها، كان يبكي ويعتذر منها. وقد هدّد بأن يقتل نفسه إذا تركته. ودفع بها الاتهام والتهديد إلى ترك أصدقائها، وعزلت نفسها. ولم تعد تشعر بالمتعة الجنسية معه، الأمر الذي أثار غضبه. وفي أحد الأيام، كان «عفيف» يريد أن يمارس الجنس معها، رفضت. فثار غضبه، واتهمها من جديد بأنها على علاقة برجل آخر، ثم بدأ يضربها، وفي النهاية، اغتصبها. في الصباح التالي، حاولت «نهى» أن تشرب السمّ لتقتل نفسها. ولم تـُكتشف المشكلة إلا عندما ذهبت إلى المستشفى وعرف العامل الصحي بأنها تتعرّض للعنف، وكان قد مضى ١٢ سنة على زواجها من «عفيف».

٧–٢–٤ كيف نتعرّف إلى العنف المنزلي؟

إنّ عدداً كبيراً من العاملين الصحيين لا يعرف ما إذا كان ينبغي أن يسأل عن العنف المنزلي، لأنه يظنّ أنه لا يستطيع أن يفعل الكثير حيال هذا الموضوع. ويعتقد البعض أنّ العنف ليس مسألة صحية. غير أنّ العنف وثيق الصلة بالصحة تماماً مثل شرب الماء الوسخ. يجب أن نسأل المرأة سؤالاً بسيطاً عن العنف المنزلي: هل شعرت بأنها معرّضة له. كل امرأة تنتمي إلى إحدى المجموعات التالية ينبغي أن نتأكد من احتمال تعرضها للعنف أو سوء المعاملة:

- كل امرأة تعاني شكاوى جسدية مزمنة، ومشكلات في النوم، وتعباً، وما إلى ذلك.
- المرأة الحامل.
- المرأة التي تشكو من أعراض ليس لها تفسير.
- المرأة التي أجهضت طفلها عن قصد أو عن غير قصد.
- المرأة التي تريد الانتحار أو التي حاولت الانتحار.
- المرأة التي تعاني اضطرابات نفسية أو جسدية أو تأخّراً عقلياً
- المرأة من ذوي الاحتياجات النفسية أو الجسدية الخاصة
- المرأة التي يبالغ شريكها في مراقبتها أو يرفض أن يتركها وحدها.
- المرأة التي تشكو من مشكلات طبية نسائية.
- عاملات المنازل – خصوصاً الأجنبيات منهم والفتيات والنساء اللاجئات.

٧–٢–٥ كيف نتعامل مع هذه المشكلة؟

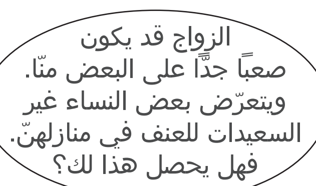
الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على المرأة

- هل تتشاجرين أو تتجادلين مع شريكك؟ هل يحدث ذلك غالباً؟ ما هو موضوع الشجار؟ هذا سؤال بسيط نسبيّاً لأن معظم الأزواج يتشاجرون.
- هل ضربك شريكك يوماً ما؟ هل هدّد بضربك؟ التهديد بإيذاء الشخص قد يرعبه تماماً مثل فعل الإيذاء بحدّ ذاته.
- إذا كان الجواب «نعم»، فمتى حصل ذلك للمرة الأولى؟ وكم مرة ضربك منذ ذلك الوقت؟ هل أصبح مؤخراً يضربك أكثر من قبل؟ العنف الذي يزداد شدةً مع الوقت، من المحتمل أن يؤدّي إلى الأذى الخطير إذا لم يتمّ التدخل بسرعة.
- ما الإصابة الأسوأ التي تعرّضت لها؟ هل استعمل سلاحاً يوماً ما أو حاول قتلك؟ المرأة التي تعرّضت لإصابات حادة مثل الكسور، معرّضة أكثر من سواها للإصابة الجسدية في المستقبل.
- كيف تؤثر هذه الحالة على مشاعرنا؟ نطرح الأسئلة المتعلقة بالقلق والاكتئاب (راجع الفصل ٢). نسأل بشكل خاص عن الأفكار الانتحارية.
- كيف تتعاملين مع هذا العنف؟ هل أخبرت شخصاً آخر عنه؟ مَن؟ نحدّد مصدر الدعم الاجتماعي للمرأة وطريقة تعاملها مع العنف. نتأكد مما إذا كانت تشرب الكحول أو تتناول الحبوب المنوّمة.
- ماذا عن الأطفال؟ إذا لحق العنف بالأطفال، نتدبّر لقاءً معهم ونتحدّث إليهم.
- كيف يمكن أن تغيّري وضعك؟ إذا فكرت المرأة في الانفصال، نحاول أن نعرف مع من نتحدّث. وما الذي يقلقها بشأن الانفصال؟ إلى من ستذهب ومع من ستسكن إذا انفصلت عن شريكها؟ هذا الموضوع مهم جدّاً خصوصاً في المناطق التي لا تتوفّر فيها أماكن لحماية المرأة.
- هل يأتي شريكك ليتحدّث معي إذا طلبتُ منه ذلك؟ في معظم الحالات لن يأتي الشريك، ولكن هذا لا يمنع أن نطرح السؤال.

الأسئلة التي يمكننا طرحها على الأسرة أو الأصدقاء

- ماذا يجب أن نفعل برأيكم؟ هذا سيعطيكم فكرة عن وجهات نظر الأشخاص المقرّبين من المرأة، فغالباً ما يكون لهم دور مهم في التأثير على القرار الذي تتخذه المرأة.
- إذا تركَتْ المنزل، هل ستلقى الترحيب بالسكن مع أقربائها؟ أو مع شخص آخر؟

نصائح للمقابلة





- نبحث عن علامات الإصابة الجسدية، مثل الرضّات أو الجروح.
- لا نخاف السؤال. فمعظم النساء يشعرن بالارتياح عندما نسألهنّ عن العنف، لأنهنّ يشعرن بالخوف أو بالإحراج من أن يتطرّقن إلى الموضوع من تلقاء أنفسهنّ. يمكننا أن نطرح السؤال بعدة أشكال (انظر الصور).
- إن موضوع العنف يسبّب الإحراج، لذلك نناقشه مع الشخص على انفراد. وإذا بدا أنّ الأقرباء أو الشريك يرفضون الخروج من الغرفة، يمكننا أن نقول لهم أننا نحتاج إلى أن نفحص المرأة، وأنّ علينا أن نبقى وحدنا معها.
- من الأفضل ألا يحضر أفراد الأسرة في أثناء المقابلة، قبل أن نسأل المرأة عن الأقرباء الذين ترتاح في حضورهم.
- إنّ مناقشة العنف تتطلب وقتـاً، فلا نستعجل الحصول على المعلومات.
- لا نأخذ أيّ موقف. بل نصغي قبل أن نقول أيّ كلمة عن كيفية مساعدتها على حل المسألة.
- لا نطلق أحكاماً عما إذا كانت المرأة على حق أم لا في ما تقرّره بشأن البقاء مع زوجها أو الانفصال عنه.
- لا نستعجل «إنقاذ» المرأة من الحالة التي تعيشها.
- لا نظهر غضبنا من الشخص الذي مارس العنف.





ماذا ينبغي أن نفعل على الفور؟

- ندوّن بوضوح الحالة التي عاشتها المرأة والإصابات الجسدية. ندوّن التفاصيل تماماً كما روَتها المرأة، حول ما فعله الشريك (مثلاً: «قالت المرأة إنّ الشريك ضربها بمقلاة معدنية على الأقل ستّ مرات») وحول طبيعة الإصابات (مثلاً: «رضّة على منطقة الكتف الأيمن، بمساحة ٢ سم x ٣ سم). فهذه السجلات قد تكون مهمة في حال تدخّل الشرطة.
- غالباً ما تتولد عند المرأة مشاعر سلبية حيال نفسها. نطمئن المرأة إلى أنها ليست مسؤولة عن العنف.
- إذا كانت المرأة تشكو من أعراض اكتئاب أو اضطراب ناتج من صدمة، فنعالجها كما ينبغي (راجع الفصل ٥ والقسم ٧–١). وإذا كان الاكتئاب حادّاً لدرجة أنه لا يتجاوب مع الإرشاد، فنجرّب مضادات الاكتئاب (راجع الفصل ١١).
- صحيح أنه ينبغي ألا نحل محل المرأة في اتخاذ القرار المتعلق باستمرار العيش مع زوجها أو تركه، ولكن علينا أن نعلمها بأننا نقلق عليها إذا كان العنف حادّاً وإذا شعرنا بأنّ حياة المرأة في خطر.
- نشرِك الأشخاص المهمين في حياتها في التخطيط للمستقبل. ينبغي أن يكون هؤلاء الأشخاص من الأصدقاء والأقرباء القلقين بصدق على المرأة.
- إذا كانت المرأة تعاني مشكلات قانونية، أو ترغب في تقديم شكوى لدى الشرطة، نحيلها على السلطات المختصة. ومن المفيد أن نكتب رسالة تصف فيها الحالة الصحية للمرأة، لأنها قد لا تحظى بآذان صاغية لدى الشرطة.
- إذا كنا نعرف الوضع القانوني للمرأة التي تعاني العنف، فعلينا أن نشرحه لها. ونستشير أحد زملائنا، أو نحيل المرأة على جماعة دعم نسائية أو إلى مجموعات الحماية القانونية – إذا وُجد (راجع الفصل ١٢). ففي بعض الأماكن مثلاً، يستطيع القاضي أن يمنع الرجل من الاقتراب من المرأة ويجبره على تقديم دفعات معينة لإعالتها.
- نناقش مع المرأة ما ينبغي أن تفعله إذا تكرّر العنف. والخطوة الفورية الأهم هي أن تميز المرأة الحالة التي يبدأ فيها الخطر وتترك الغرفة على الفور. وعلى المدى الأبعد، نساعدها على التخطيط لما ستفعله. وفي ما يلي أمثلة على ما يمكن أن تفعله المرأة للتخطيط لسلامتها:
  - فكري أين يمكن أن تذهبي للاختباء، عند الجيران مثلاً. ينبغي أن تكون متأكدة من أنّ هذا المكان سيرحّب بها في الحالات الطارئة.
  - إذا كانت في المنزل أسلحة، خبّئيها.
  - ادّخري المال فقد تحتاجين إليه في ما بعد.
  - حافظي على نسخاً عن الوثائق الهامة (مثل بطاقات الهوية ووثيقة الزواج) مع وثائق أخرى
  - اخترعي أو اختاري كلمة يمكن أن تستعمليها رمزاً مع الأطفال أو الجيران عندما تشعرين بأنك في خطر وأنك تحتاجين إلى المساعدة.
- نعطي المرأة معلومات عن الموارد الخاصة بالنساء في منطقتك (راجع الفصل ١٢)

للمزيد من المعلومات عن كيفية مساعدة المرأة نراجع دليل الصحة لجميع النساء: حيث لا توجد عناية طبية[١٠].

متى ينبغي أن نحيل المرأة على اختصاصيّ؟

- إذا كانت حياة المرأة في خطر وليس لديها مكان تذهب إليه، فربما يكون المستشفى هو المأوى الوحيد لها.

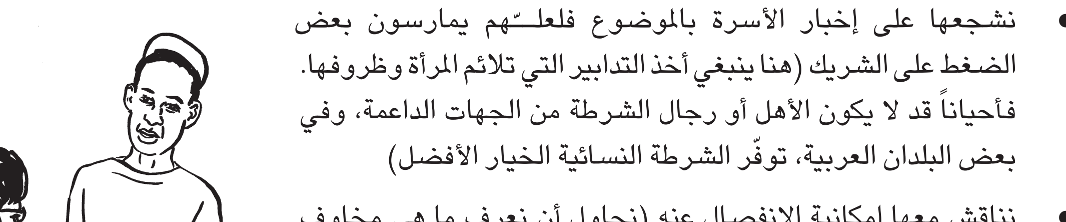
---

(١٠) كتاب الصحة لجميع النساء: حيث لا توجد عناية طبية للنساء، انظر المراجع.

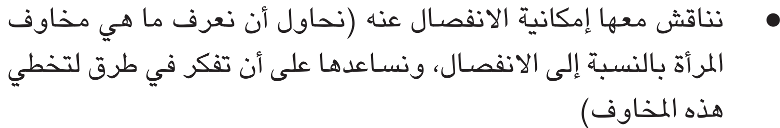
ماذا نفعل بعدئذٍ؟

- نحاول أن نُشرك الزوج بالإرشاد الزوجيّ (راجع القسم ١٠–٧).
- نقابل المرأة بشكل دوريّ، وإذا كنا نعالج الإحباط عندها، يجب أن نراها مرة في الأسبوع على الأقل.
- تكمن صعوبة التعامل مع ضحايا العنف، في أن نعرف ما ينبغي أن نفعل إذا رفض الرجل أن يتغيّر فيما لا تستطيع المرأة أن تتركه. لا نتوقف أبداً عن محاولة العمل مع الرجل (انظر أدناه). وفي بعض الأحيان، قد يأتي الرجل من تلقاء نفسه إلينا، لسبب آخر. عندها نتطرق إلى المسألةٍ. وبانتظار هذه الفرصة، يمكننا أن نقترح الخيارات التالية على المرأة:
- نشجعها على تقديم شكوى إلى الشرطة (بعض الرجال يتراجعون عندما تتدخل الشرطة).





- نشجعها على إخبار الأسرة بالموضوع فلعلـّهم يمارسون بعض الضغط على الشريك (هنا ينبغي أخذ التدابير التي تلائم المرأة وظروفها. فأحياناً قد لا يكون الأهل أو رجال الشرطة من الجهات الداعمة، وفي بعض البلدان العربية، توفّر الشرطة النسائية الخيار الأفضل)



- نناقش معها إمكانية الانفصال عنه (نحاول أن نعرف ما هي مخاوف المرأة بالنسبة إلى الانفصال، ونساعدها على أن تفكر في طرق لتخطي هذه المخاوف)



- نحيلها إلى مجموعة دعم نسائية يمكن أن تقدم لها النصح.

٧–٢–٦ العمل مع الرجل الذي يمارس العنف ضد النساء

إن الصعوبة الكبرى في مساعدة امرأة تتعرّض لعنف الزوج، هي أنّ معظم الرجال لا يطلب المساعدة في هذه المشكلة. فقد يخاف من الذلّ، أو من الشرطة أو العدالة، أو من الوصمة الاجتماعية. ثمة اقتراحات لكيفية العمل مع الرجال:

- من الضروري ألا ننحاز لأيّ من الطرفين في هذه المسألة وأن نحاول مساعدة الرجل أيضاً.
- قد يصبح الرجل، أحياناً، عنيفاً بسبب مشكلات صحية نفسيّـة. وأولى هذه المشكلات تتعلق بالرجل الذي يفرط في الشرب ويصبح عنيفـاً عندما يسكر (راجع القسم ٦–١). أما المشكلة الثانية فتتعلق بالرجل الدائم الشك الذي يظن أن شريكته على علاقة برجل آخر ويضربها ليدفعها إلى الاعتراف بذلك. ولكن بالطبع، غالباً ما تكون هذه العلاقة من نسج خياله (راجع القسم ٤–٣).
- كل الرجال العنيفين يمكن أن يستفيدوا من النصائح عن كيفية السيطرة على الغضب والتعامل معه بشكل أفضل. نقدم النصائح في موضوع السيطرة على الغضب (راجع الإطار ٧–٦).
- إن الوقاية من العنف قد تتطلب تشكيل جماعات دعم للرجال الذين يضربون نساءهم، تماماً كما تقدّم جماعة «ألكوهوليكس أنونيموس» Alcoholics Anonymous التي تساعد الرجال الذين يدمنون الكحول (راجع القسم ١٠–١).
- السرية مهمة عندما تعمل مع الشريكين مثلما هي مهمة عندما تعمل مع الفرد. ينبغي أن يشعر الشريكان بالأمان وبأنّ الشريك لن يعرف بمضمون حديث الشريك الآخر معك.

الإطار ٧–٦ السيطرة على الغضب (نصائح للأشخاص الذين يواجهون صعوبة في السيطرة على مزاجهم)

- الغضب مضرّ لصحتنا ولحياتنا. وإذا تعلمنا كيف نسيطر على غضبنا، فسوف تتحسّن حياتنا.
- يمكن أن نسيطر على الغضب. والشخص الذي يقول "لا أستطيع السيطرة على ما أفعله عندما أغضب" هو شخص لم يبذل الجهد الكافي.
- الخطوة الأهم في السيطرة على الغضب هي أن نتعرف إلى الدلائل الأولى للغضب. هذه الدلائل قد تكون الشعور بالغليان، والتفكير في أمور مغضبة، والشعور بالتوتر في الجسم كله..
- متى لاحظنا أيّـا من هذه الدلائل، علينا أن نخرج أنفسنا على الفور من الحالة التي تسبّب لنا هذا الشعور. مثلاً، إذا ثار غضب الرجل منا فيما يتكلم مع زوجته، عليه أن يترك الغرفة التي تجمعهما.
- ينبغي أن ينتظر إلى أن يهدأ تفكيره وبعد ذلك يتابع ما كان يقوم به. عليه أن يفكر بهدوء في ما يريد أن يقوله للشخص. وبعد أن يزول الغضب، ينبغي أن يخطط ليقول للشخص ما يريده في محاولة للتخفيف من الشجار.

السيطرة على الغضب


(أ)


(ب)


(ج)

(أ) انتبه إلى مشاعر الغضب التي تحسّ بها.

(ب) اترك الغرفة أو المكان الذي يبدأ فيه شعورك بالغضب.

(ج) لا تعد إليه إلا بعد أن تهدأ وتشعر بأنك قادر على أن تحلّ المشكة التي تواجهك من دون أن تفقد أعصابك.

الإطار ٧–٧ ما ينبغي أن نتذكره عندما نتعامل مع امرأة تتعرّض إلى سوء المعاملة

- إنّ سوء المعاملة يمكن أن يكون جسديّاً، أو جنسيّاً، أو عاطفيّاً ومعنويا. ومعظم ضحايا العنف هن من النساء اللواتي يسيء الرجل الشريك معاملتهنّ.
- العنف ظاهرة شائعة. ينبغي أن نشتبه بوجودها عند أيّ امرأة تشكو من إصابات أو أعراض جسدية غير مفسرة، أو مشكلات نوم، أو شعور بالرغبة في الانتحار.
- نشجّع المرأة على أن تعرض مشكلتها على الأقرباء أو الأصدقاء الذين تثق بهم. ونشجّعها أيضاً على التحدّث إلى جماعة دعم نسائية محلية.
- نحاول أن نعمل أيضاً مع الرجل الذي هو سبب المشكلة.

٧–٣ المرأة التي تعرّضت لاغتصاب أو إعتداء جنسيّ

الاغتصاب هو عندما يجبر الرجل المرأة على إقامة علاقة جنسية معه من دون إذن منها. في معظم البلدان، «الاغتصاب» يعني أن يُـدخل الرجل عضوه التناسلي (القضيب) في العضو التناسلي عند المرأة (المهبل) بشكل إجباري. أما الاعتداء الجنسي فهو تعبير أوسع، يشمل الاغتصاب بالإضافة إلى أشكال أخرى من العنف الجنسي، وتتضمن:

- أن يلمس الرجل أو يُـمسك جزءاً ما من جسد المرأة.
- أن تصدر عن الرجل تعليقات أو حركات توحي بالجنس.
- أن يهاجم الرجل المرأة جنسيّـاً، سواءً دخل فيها أم لا.

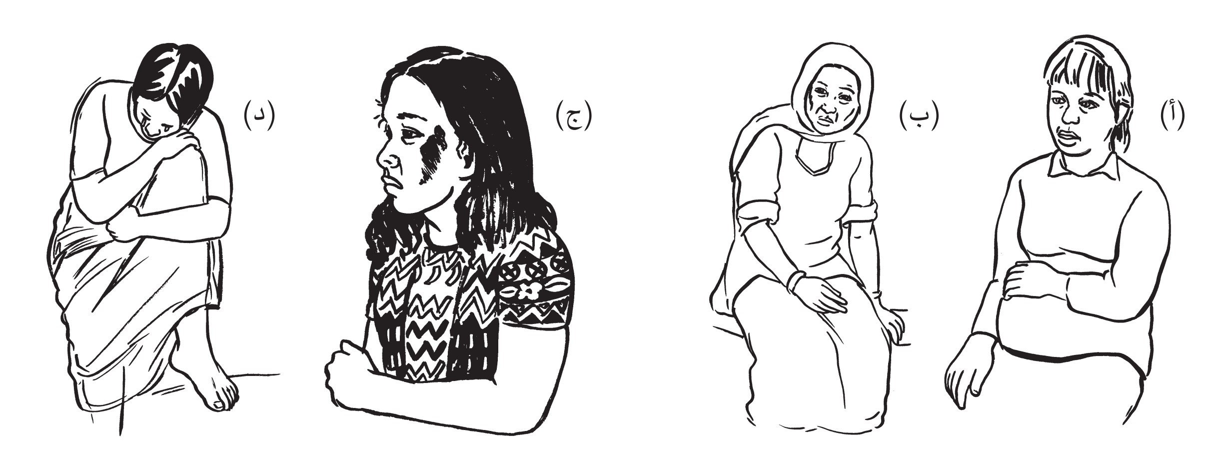
للاطلاع على العنف الجنسيّ ضدّ الأطفال، راجع القسم ٨–٤.

٧–٣–١ لماذا يُـعتبر الاغتصاب مشكلة تؤثر على الصحة ؟

الاغتصاب هو أحد أكثر المواقف إثارة للذعر التي قد يتعرّض لها الإنسان. وفي بعض الأماكن، تعاني المرأة نتيجتين، الأولى هي الاغتصاب بحدّ ذاته، والثانية هي التمييز الذي يمارسه ضدّها أفراد الجماعة التي تعيش بينها. وبما أنّ الاغتصاب يتضمّن العنف الجسدي والعذاب النفسي، لذلك له آثار حادة على صحة المرأة. ومن نتائج الاغتصاب:

- الحمل غير المرغوب فيه.
- الأمراض المنقولة جنسيّاً (مثل فيروس نقص المناعة المكتسب (HIV)، ومتلازمة نقص المناعة المكتسب أو الأيدز. (أنظر: كتاب «الإيدز والناس والصحة»، في المراجع).
- الإصابات الجسدية، مثل الرضّة، أو المزق، أوالجرح، أو الكسر.
- مشكلات صحية نفسية، مثل اضطراب الضغط الناتج من صدمة، والاكتئاب.

نتائج الاغتصاب على الصحة



(أ) الحمل غير المرغوب فيه

(ب) الأمراض المنقولة جنسيّاً (مثل فيروس نقص المناعة المكتسب HIV، ومتلازمة نقص المناعة المكتسب أو الأيدز AIDS)

(جـ) الإصابات البدنية، مثل الرضّة، أو المزق، أوالجرح، أو الكسر.

(د) مشكلات صحية نفسية، مثل اضطراب الضغط الناتج من صدمة، والاكتئاب.

٧–٣–٢ ما ردّ فعل المرأة تجاه الاغتصاب؟

يعتقد البعض أنّه يستحيل على الرجل أن يغتصب المرأة ما لم تتعاون معه، كأن تستلقي مثلاً وتلزم الهدوء في أثناء عملية الاغتصاب. وفي الواقع، معظم النساء يستطعن مقاومة الاغتصاب بهذه الطريقة، حتى إنهن يتمكنّ من الهرب أحياناً كثيرة. غير أنّ المغتصب يستطيع أن يتغلّب على المرأة بمجرّد استخدام قوته الجسدية. وأحياناً تكون المرأة خائفة جدّاً لدرجة أنها تخاف أن تقاوم المغتصب لئلا يؤذيها أكثر.

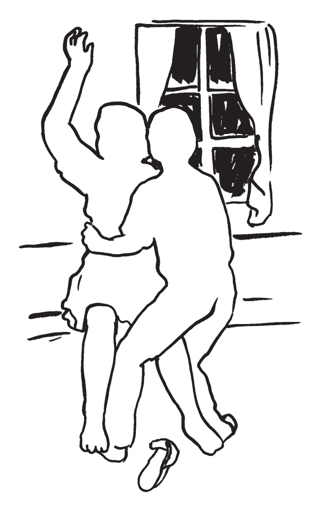
نتيجة الاغتصاب: عادة ما تمرّ المرأة بسلسلة من ردات الفعل العاطفية:

- غالباً ما تكون ردّات الفعل الأولى هي الصدمة والغضب. قد تبكي المرأة، وترتجف من الخوف والغضب، وتعجز عن فهم ما يحصل معها.
- قد يبدو بعض النساء هادئاً ومسيطراً على أعصابه، ولكن هذا لا يعني أنه تكيّف كما ينبغي مع حادث الاغتصاب.
- في الأيام والأسابيع التي تلي الاغتصاب، قد تلوم المرأة نفسها وتخاف من أن تتعرّض للقتل أو للأذى أو تشعر بأنها وسخة (أو «نجسة»!) وتفكّر بشكل متكرّر في الاغتصاب الذي تعرّضت له، وترى كوابيس، وتعاني مشكلات نوم. من الشائع أيضاً أن تكون عندها شكاوى جسدية مثل الآلام والأوجاع، وفقدان الشهية، والتعب.
- في وقت لاحق، قد يظهر عند المرأة خوف من الناس ومن الحالات الشبيهة بالحالة التي تمّ فيها الاغتصاب. بالإضافة، فقد تخاف من الجنس أو تفقد الرغبة فيه، وترى كوابيس تمثل مشهد الاغتصاب. وهذا الوضع شبيه باضطراب الضغط الناتج من صدمة (راجع القسم ٧–١)
- في نهاية المطاف، غالباً ما يتخطّى معظم النساء هذه المسألة، ولكن ليس قبل أن يكون قد عانى نتائجه المؤلمة لمدة طويلة. غير أنّ بعض النساء قد يظهر عنده الاكتئاب بشكل واضح، ويحتاج إلى علاج. (في أحيان كثيرة، تصاب المرأة بالذعر وتخاف من التعبير عن الموضوع وتلجأ إلى لوم الذات والشعور بالذنب خاصة في حال عدم توفر الدعم الاجتماعي، مما يؤدي بها إلى عدم التحدث عمّا أصابها. لذا يكون من الضروري طمأنتها لكي لا تلوم نفسها).

٧–٣–٣ من يغتصب المرأة؟

في غالب الأحيان يكون المغتصب رجلاً تعرفه المرأة. وقد تتعرّض المرأة للاغتصاب في عدة حالات:

- يغتصبها رجل تعرفه، مثل أحد أفراد الأسرة المقربين ، أو أحد جيرانها أو زملائها في العمل.
- يغتصبها الرجل الذي تواعده (وهذا ما يُعرف أحياناً بالاغتصاب في خلال الموعد الغرامي date rape).
- يغتصبها زوجها (في عدة مجتمعات، تُعتبر ممارسة الجنس واجباً على الزوجة، ولكن إذا لم ترغب في ممارسته وأجبِرت عليه فهذا يعد عنفاً جنسياً).
- يغتصبها رجال الشرطة أو الجنود (هذا يحصل عادةً عندما يأسر الجنود المرأة أو يعتقلها رجال الشرطة لأنهم يشتبهون بأنها ارتكبت جرماً ما، وهذا يسبّب الذعر بشكل خاص، لأنّ المرأة تتعرّض للاغتصاب على أيدي الأشخاص الذين يفترض بهم أن يؤمّنوا لها الحماية).
- يغتصبها رجل غريب عنها كليّاً (هذا قد يحصل في الشارع أو في منزل المرأة).



٧–٣–٤ كيف نتعامل مع هذه المشكلة؟

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على المرأة (ينبغي مساعدة المرأة على الكلام من دون إجبارها على ذلك):

- ماذا جرى؟ نحصل على تفاصيل ما جرى. هل تمكّن المغتصب من ولوج المرأة؟ هل آذاها جسديّاً؟ متى حصل الاغتصاب؟
- كيف تشعرين الآن؟ إذا قالت المرأة إنها تشعر بأنها تسيطر على نفسها، فذلك لا يعني أنّ الاغتصاب لم يكن حادثاً قاسياً.
- متى كان الموعد الأخير لعادتك الشهرية؟ إذا كانت المرأة في الفترة التي قد تحمل فيها، ولم تكن تستعمل أيّ وسيلة للوقاية، يمكننا أن نطلب الوسائل الطارئة للتخطيط العائلي (راجع «كتاب الصحة لجميع النساء في المراجع»).
- هل أخبرتِ أحداً عن الاغتصاب؟ مَن؟ ما كان ردّ فعل هذا الشخص؟ هذا سيساعدك على تحديد مصدر الدعم الذي قد تحتاجين إليه في هذه الفترة الصعبة.
- إذا كنا نشتبه في أنّ الاغتصاب حصل ضمن الزواج، يمكننا طرح السؤال بالطريقة الآتية: «هل تشعرين بشكل عام بأنك قادرة على أن تقرري ما إذا كنت تريدين ممارسة الجنس أم لا، وأن تقرري الوقت الذي تريدينه فيه؟ هل يمارس زوجك الجنس معك في أوقات لا تريدين فيها ذلك؟».

نصائح للمقابلة

- إذا مضى على الاغتصاب أقلّ من ٢٤ ساعة، ينبغي إجراء فحص نسائي من قبل مختص. قد ترفض المرأة الخضوع لهذا الفحص. نطمئنها إلى أن هذه هي الطريقة الأساسية التي يمكن من خلالها إثبات الاغتصاب للأهداف القانونية. ويتضمّن الفحص البحث عن أيّ إصابات في الأعضاء التناسلية أو في أجزاء أخرى من الجسم، وأخذ عينة من السائل المهبلي للمرأة لاختبار السائل المنوي للمغتصب.
- الاغتصاب مسألة حساسة جدّاً، فلنأخذ وقتنا لمناقشته مع المرأة على انفراد. نطمئن المرأة إلى أنـنا سنحافظ على سريّـة قصّتها. لا نسأل عن التفاصيل غير المهمة عن الحادثة. يجب عدم تحدي قصّتها.

بعض الإرشادات[٢٠]

إلى العاملة الصحية

إذا حضرت إلينا امرأة اغتصبت:

نعاملها بلطف ودراية وتفهم . لا نلقي اللوم عليها. فنفسّر لها كل الإجراءات التي سنقوم بها وننتظر لحظة استعدادها، فقد نجد صعوبة في لمسها. نتذكر أن مشاعرها حيال الاغتصاب قد تستمر مدة طويلة ، وحتى سنوات.

نعالج مشكلاتها الصحية. نعطيها أدوية لوقايتها من الأمراض المنقولة جنسياً ومن الحمل، واذا كانت حاملاً نساعدها على اتخاذ القرار الذي نراه مناسبا.

نسجل اسم المعتدي وتفاصيل الحادث بدقة. إذا لم يكن في عيادتنا سجلات، ننظم سجلاً خاصاً ونضعه في مكان آمن. نرسم جسمها إذا استطعنا من الأمام والخلف ونضع على الرسم علامات تدل على أماكن الأذية. ندعها تقرأ وتعرف ما سجلتِ، وأن تعرف أنه يمكن استخدامه لتأييد دعواها إذا أرادت أن تقاضي المغتصب.

نعالج حاجاتها النفسية. نسألها إذا كان لديها من تكلمه في الموضوع. نساعدها على أن تستعيد احترام نفسها، والسيطرة على حياتها.

نساعدها على اتخاذ قراراتها بنفسها. واذا شاءت اللجوء إلى القانون، نرشدها إلى من يقدم لها الخدمات القانونية، وكذلك الخدمات الأخرى التي تقدم في بلدتك إلى النساء اللواتي تعرّضن للاغتصاب.

نساعدها على إبلاغ زوجها أو عائلتها. نقترح مساعدتها على إبلاغهم إذا كانت لم تفعل بعد. نرشدهم إلى وسائل تساعدها على أن تتعافى. نتذكر أن أفراد الأسرة أنفسهم عادة ما يحتاجون إلى المساعدة لتخطي مشاعرهم حيال الاغتصاب.

إلى المرأة المغتصَبة:

إذا قصدت الشرطة

يعد الاغتصاب في معظم البلدان جريمة. لكنك قد تحتاجين إلى كثير من الوقت والجهد لتثبتي أنك اغتُصبت. قد يصعب على الكثير من النساء الذهاب إلى الشرطة للإبلاغ عن إغتصابهن، ولكن في المجتمعات التي أصبح ذلك فيها أمراً سهلاً فإن الشرطة عادة تسأل عما حدث. أخبريهم باسم المغتصب، إذا كنت تعرفينه، لا بد من وصفه. وقد يطلب منك أن ترافقي الشرطة للبحث عن الرجل. وقد يطلب منك أن يعاينك طبيب شرعي يعمل مع الشرطة. وهذا ليس فحصاً لمعالجتك بل لإثبات حادثة الاغتصاب.

إذا اعتقل المعتدي، عليك التعرف عليه إمّا أمام الشرطة أو أمام قاض في المحكمة، وإذا اقتضى الأمر إجراء محاكمة فحاولي توكيل محام عمل في قضايا الاغتصاب من قبل، ليفسر لك ما يتوقع ويساعدك في الإعداد لجلسات المحكمة.

دعي شخصاً يرافقك على الدوام. فالذهاب إلى المحكمة في قضية اغتصاب ليس أمراً سهلاً، إذ ان وصف ملابسات الحادث قد يشعرك بأنك تغتصبين من جديد. ولن يكون الجميع متفهمين، بل ان البعض قد يلومك أو يكذبك.

ماذا ينبغي أن نفعل على الفور؟

- نطمئن المرأة إلى أنّ الذنب ليس ذنبها.
- ندوّن قصّتها بالتفصيل. نسجّل من اغتصبها، والظروف والإصابات التي أدت إليها. ينبغي أن ندوّن بالتفصيل أيضاً كل النتائج التي أظهرَتها الفحوصات الجسدية والنسائية.
- نشجّع المرأة على أن تخبر قصّتها لأحد أصدقائها أو أقربائها، ونحترم رغبتها إذا فضّلت إبقاء تجربتها سرّية.
- نساعدها في اتخاذ قرارها بشأن إبلاغ الشرطة في مسألة الاغتصاب أم عدم إبلاغها. الأفضل أن تُبَلَّغ الحادثة إلى الشرطة لأنّ المغتصب يشكل خطراً على المجتمع كله، كما أنّ الشعور بإمكانية تحقيق العدالة قد يساعد المرأة في استعادة الثقة. فضلاً عن أن هذا قد يقلّل أيضاً من احتمال أن يكرّر المغتصب فعلته. غير أنّ بعض العوامل، (مثلاً إذا كان المغتصب أحد أقرباء المرأة)، قد يدفع بالمرأة إلى التردّد في ما إذا كانت تريد إبلاغ الشرطة بالاغتصاب.
- نقدّم لها العلاج بالنسبة إلى التخطيط الأسري الطارئ، لا سيما إذا اغتُصبت في فترة الخصوبة من دورتها الشهرية (راجع كتاب «الصحة لجميع النساء» انظر المراجع).
- نقدّم لها العلاج الملائم للأمراض المنقولة جنسيّاً. النظام البسيط يقضي بإعطائها بروكاين بينيسيلين procaine penicillin (٤,٨ ملايين وحدة تُحقن في العضل) وبروبينيسيد probenecid (غرام واحد بالفم). بهذه الطريقة ستعالج السَّيلان والزُّهري. نجري اختباراً للحساسية ضدّ البينيسيلين penicillin قبل استعماله. وإذا كانت المرأة تعاني حساسية ضدّه، نستعمل نوعاً آخر من مضادات البكتيريا antibiotic مثل إيريتروميسين erythromycin أو تيتراسيكلين tetracycline. من قبل مختص مراجعة أي نوع ادوية تستعمل الآن.
- نشجّع المرأة على قضاء بضعة أيام مع شخص تثق به. فمن الأفضل ألا تبقى وحدها لبعض الوقت.
- نشرح للمرأة ردود الفعل النفسية تجاه الاغتصاب، لكي تعرف أنّ الخوف، والكوابيس، والحزن، والشعور بالذنب ولوم الذات، هي ردود فعل نموذجية وليست دلائل مرضية
- إذا كانت المرأة تعاني مشكلات نوم حادة أو إذا كانت شديدة الاضطراب، نستعمل دواءً منوّماً مثل لورازيبام lorazepam أو ديازيبام diazepam لمدة أقصاها أربعة أسابيع (راجع الفصل ١١).

- نحيل المرأة إلى مجموعة دعم لتساعدها من خلال توفير النصائح اللازمة بالنسبة إلى حقوقها القانونية، وأن تشاركها قلقها ومخاوفها (راجع الفصل ١٢).
- إذا وافقت المرأة، نتحدّث إلى الأسرة. بعض الرجال ينبذ زوجته إذا تعرّضت للاغتصاب. لذا، علينا أن نتحدّث إلى الرجل ونحاول تغيير ردّة فعله مع توضيح أنّ الاغتصاب جريمة وأنه كان يمكن أن يحصل مع أيّ امرأة أخرى.
- إذا كان مغتصب المرأة أحد أقربائها أو أصدقائها المقرّبين، نشجّعها على إخبار الأسرة بالأمر. فإذا كانت تريد أن تخرج من حالة الخوف وأن تمنع حدوث عملية الاغتصاب مرة أخرى، ينبغي أن يعرف الأشخاص المحيطون بالمغتصب أنه ارتكب هذا الجرم.

متى ينبغي أن نحيل المرأة على اختصاصيّ؟

نحيل المرأة على اختصاصيّ إذا كانت تشكو من إصابة جسدية خطيرة، أو إذا أرادت أن تحصل على معلومات موثّقة عن صحتها النسائية.

ماذا نفعل بعدئذٍ؟

- نقابل المرأة بعد أسبوع ونقدّم لها الإرشاد اللازم حول اختبار فيروس نقص المناعة المكتسب(HIV). إذا كانت نتيجة الاختبار إيجابية، يُحتمل أن تكون قد أصيبت به قبل الاغتصاب. أما إذا كانت النتيجة سلبية، ننصحها باستعمال الوقاية مع شريكها لمدة ستة أشهر على الأقل. وبعد ستة أشهر نجري الفحص مرة أخرى للتأكد من أنها لم تُصَب بالفيروس جرّاء الاغتصاب.
- نبحث عن دلائل الاكتئاب أو اضطراب الضغط الناتج من صدمة. وهاتان الحالتان تظهران بوضوح أكبر بعد انقضاء المرحلة الأولى من الصدمة.

الإطار ٧–٨ ما ينبغي أن نتذكره عندما نتعامل مع امرأة تعرّضت للاغتصاب

- الاغتصاب واحد من أعمال العنف الأكثر حدة التي يمكن أن تتعرّض لها المرأة. فهو قد يؤثر على صحتها الجسدية، والجنسية، والنفسية.
- الاغتصاب قد يؤدي إلى حمل غير مرغوب فيه، وإلى أمراض منقولة جنسيًا مثل فيروس نقص المناعة HIV، وإصابات خطيرة. أما المشكلات الصحية النفسية الأكثر شيوعًا والناتجة من الاغتصاب، فهي الأفكار الانتحارية، واضطراب الضغط الناتج من صدمة.
- أبرز ما ينبغي أن نفعله لنساعد ضحية الاغتصاب، أن نتأكد من حالتها الصحية الجسدية، وأن نوثّق عملية الاغتصاب بدقة، وأن نعطيها النصائح اللازمة حول منع الحمل والأمراض المنقولة جنسيًا، وأن نقدّم لها الإرشاد اللازم حول تأثير الاغتصاب على صحتها النفسية.
- نشجّع المرأة على رفع دعوى لدى الشرطة مرفقة بالوثائق الطبية. فالمغتصب الذي ينجو بفعلته مرة، لا بدّ من أن يعيد الكرّة.

٧–٣–٥ عندما يتعرّض الذكور (الصغار والكبار) للاغتصاب



قد يقع الرجال أيضاً ضحية الاغتصاب والاعتداء الجنسيّ على أيدي رجال آخرين. هذه الحادثة تحصل بشكل خاص مع الصبيان الصغار الذين يغتصبهم الصبيان الأكبر سنـّاً أو أحد الأقرباء الذكور، وقد تحصل أيضاً في السجون وفي حالات أخرى حيث يعيش الرجال الواحد بالقرب من الآخر. واغتصاب الرجال هو سرٌّ أكبر بعد من اغتصاب النساء، وأحد الأسباب هو أنّ الرجال الذين يتعرّضون له نادراً ما يطلبون المساعدة. ينبغي أن تتنبّه للاغتصاب بين الرجال خصوصاً عندما نعمل في السجون (راجع القسم ٩–٣)، وفي الثكنات العسكرية، وفي المدارس، أو في أيّ مكان يعيش فيه الرجال معاً. ويمكن مساعدة الرجال الذين تعرّضوا للاغتصاب بطريقة تشبه تلك التي تُتـَّبع لمساعدة المرأة.

٧–٤ الشخص الذي تعرّض لفقدان عزيز

الحداد هو التجربة التي يمرّ بها الشخص عندما يموت شخص محبَّب إليه. ومعظم الناس يمرّون بحالة حداد في وقتٍ ما من حياتهم، فوفاة شخص نحبّـه قد تكون الأشد خسارة حدّة التي علينا أن نتكيّف معها. لذلك، قد يصبح الحداد مسألة متعلقة بالصحة النفسية.

> «إنّ المشاعر العميقة التي يتمّ اختبارها بعد الفقدان هي مشاعر طبيعيّة، وهي جزء صحّي من مسيرة الشّفاء وستؤدي إلى تعلّم العيش مع الخسارة... تتأثّر طرق تعبيرنا عن الحزن بشكل كبير بالعوامل الاجتماعيّة... إن طول الفترة الزمنيّة الضروريّة لتخطّي الخسارة تختلف بين شخص وآخر. لكن، إذا ما تمّ إعطاؤهم الفرصة، فقد يعمل معظم الأشخاص على تخطّي خسارتهم ومعاودة حياتهم بشكل منتج ومرض. تبدأ دورة الحزن بالصدمة، ومن ثمّ النكران، الغضب، المساومة، الاكتئاب وبعدها التقبّل»، دليل العاملين الصحيين حول الدعم النفسي الاجتماعي خلال الأزمات، منظمة الصحة العالمية، لبنان، ٢٠٠٦.

٧–٤–١ ما هو ردّ فعل الشخص على الحداد؟

الحداد كالجرح، وهو يؤلم كالجرح. ويحتاج الشخص إلى وقت لكي يتمكن من الشفاء، ولكي يُـشفى الجرح. ومثل بعض الجروح أيضاً، قد يتطلب الحداد وقتـاً أطول ليشفى أو قد تسوء حاله. يمرّ الحداد بعدة مراحل وهي واردة في الإطار ٧–٩، ولكن من المهم أن نعرف أنّ الحداد هو مسألة خاصة جدّاً، فليس ثمة طريقة صحيحة وطريقة خاطئة للحداد. وفي بعض المجتمعات، قد يكون الحداد تجربة جماعية تضمّ عدة أشخاص يحدّون معاً. وفي هذه الحالات يتشارك أفراد الجماعة الألم الناتج عن الخسارة.

٧–٤–٢ متى يكون الحداد غير طبيعيّ؟

قد يصبح الحداد غير طبيعي أحياناً، لأنه يستمرّ أكثر بكثير من الفترة الطبيعية، أو لأنه يؤثر على حياة الشخص بشكل يؤذي صحته. في ما يأتي بعض الدلائل التي قد تشير إلى الحداد غير الطبيعي:

- إذا استمرّ الحداد أكثر من ستة أشهر.
- إذا أصبح الشخص الذي تعرّض للحداد مكتئبا جدّاً ويفكر في الانتحار.
- إذا انقطع الشخص عن التفاعل الاجتماعي مع الآخرين.
- إذا أصبح الشخص يتجنب الناس والأشياء المرتبطة بالقريب أو الصديق الذي مات.



الإطار ٧–٩ مراحل الحداد

يمرّ الحداد بثلاث مراحل نموذجيّـة



١. لا يمكن أن يكون هذا صحيحًا: مرحلة النكران

هذا يحصل في الأيام القليلة التي تلي الوفاة. فيشعر الشخص بأنّ الخبر غير صحيح، وبأنّ الشخص المحبوب لا يمكن أن يكون قد مات فعلاً. فهذا غير معقول بكل بساطة. وغالبًا ما نرى هذه الصدمة في ردّ الفعل عندما يكون الموت مفاجئًا. فقد يشعر الشخص الذي تعرّض للحداد وكأنه «مخدّر»، أو أنه في حالة غير واقعية أو في حلم. وقد يساعد المأتم، (أو نشاطات أخرى مماثلة)، الشخص على إدراك المسافة التي تفصل بينه وبين الفقيد.



٢. أشعر بالأسى: مرحلة الحزن

تبدأ هذه المرحلة عادةً بعد انتهاء المأتم والطقوس النهائية والنشاطات المتعدّدة المتعلقة بالوفاة، وبعد أن يعود الشخص إلى حياته العادية. فالآن يلاحظ غياب الشخص المحبوب. ومن الشائع أن يشعر بالحزن، ويبحث عن الشخص المفقود، ويتخيّـل أنه ربما لا يزال حيًا. حتى أنّ بعض الأشخاص قد يسمع الشخص ينادي اسمه، أو قد يحلم به . والبعض قد يلوم نفسه لأنه لم يفعل ما بوسعه لمنع الوفاة، أو يغضب لأن الفقيد تركه. وفي هذه المرحلة، يشكو الشخص من البكاء، ومشكلات النوم، وفقدان الاهتمام بالنشاطات بلقاء الأصدقاء، وحتى التفكير في أن الحياة لم تعد تستحقّ العيش.



٣. حان الوقت لأمضي بحياتي: مرحلة إعادة التنظيم

هذه هي المرحلة الأخيرة من الحداد. فهي بالنسبة إلى معظم الأشخاص المرحلة التي يتقبلون فيها الخسارة على أنها جزء من الحياة، ويمضون بالجزء غير المتعلق بالشخص الذي فـُقد. إنّ تخطـّي وفاة شخص محبوب هو عملية تدرجية. ومعظم الأشخاص سيظلون يفكرون في الشخص المفقود من حين إلى آخر، ولكن المهم هو ألا يمنعهم الحزن من الاستمتاع باللحظات الجميلة في الحياة. والإشارة الحقيقية إلى أن الشخص قد تخطى الوفاة ومضى بحياته، هي عندما يبدأ بالتخطيط للمستقبل: مستقبل من دون الشخص المحبوب، ومع ذلك فهو مستقبل مليء بالأمل.

يفصل البعض مراحل الحداد المذكورة أعلاه إلى: الصدمة والنكران، الغضب، المساومة والتقبل.



غالباً ما يحصل الحداد غير الطبيعي في الحالات الآتية:

- إذا كان الفرد قد فقد عدة أشخاص.
- إذا لم يتوفّر للفرد الدعم الاجتماعي الضروريّ.
- إذا فقد الفرد ابنـاً (أو ابنة) لا سيما إذا كان ولداً وحيداً (أو ابنة وحيدة).
- إذا فقد رجل كبير في السن شريكته (أو إذا فقدت امرأة كبيرة في السن شريكها).
- إذا كان الموت مفاجئـاً، مثلاً نتيجة حادث سيارة أو انتحار.
- إذا أنكر الشخص الوفاة (أو تجاهلها) لفترة طويلة.

٧–٤–٣ كيف نتعامل مع هذه المشكلة؟

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على الشخص الذي يعيش مرحلة الحداد

- كيف تشعر الآن؟ دع الشخص يخبرك بمشاعره وأفكاره. غالباً ما سترى أنّ الأفكار النموذجية الناتجة من الحداد تغلب عليها الصدمة وعدم التصديق.
- ماذا جرى؟ الكلام عن وفاة الشخص المحبوب قد يساعد على التخفيف من حدة الشعور بالصدمة. (نشجّع الشخص على التعبير دون إجباره على ذلك. فالكلام قد يكون مزعجا له إن لم يكن مستعدا لذلك).
- مع من ستقضي الأيام القليلة الآتية؟ مع من يمكنك أن تتحدث إذا احتجت إلى أحد؟

ماذا ينبغي أن نفعل على الفور؟

- نطمئن الشخص إلى أنّه عندما يتخيّل أنّ القريب الذي مات ما زال حيّاً، أو إذا كان ما زال يبحث عنه، فذلك لا يدلّ على أنه سوف «يصاب بالجنون»، بل هذه تصرّفات طبيعية. نشرح للشخص مراحل الحداد لكي يعرف ما ينبغي أن يتوقعه فلا يقلق بسبب بعض مشاعره أو أفكاره.
- نشجّع الشخص على أن يخبر أصدقاءه وأقرباءه بما يشعر به، وينبغي قدر الإمكان ألا يبقى وحده في الأيام القليلة التي تلي الوفاة.
- إذا كانت الجماعة تمارس طقوساً خاصة بالوفاة، نشجّع الشخص على المشاركة فيها. فهذه المراسم غالباً ما تُشعر الشخص بأنه يتمتع بدعم الآخرين. وإذا كان الشخص متديّناً، قد تساعده الصلاة على تقبل الفقدان.
- إنّ مناقشة المشاعر الناتجة من الخسارة والحزن قد تكون مفيدة بعد الحداد ببضعة أيام. ولكن الشخص قد يشعر بالإحراج حيال التعبير عن بعض العواطف، مثل الغضب. فنسأله عنها ليشعر بالثقة بأنه يستطيع أن يكون صريحاً معنا ويفتح لنا قلبه.

الإطار ٧–١٠ حاجات الأشخاص الذين يعيشون فترة حداد بسبب انتحار أحد المقرّبين

يحتاج الأشخاص الذين يعيشون الحداد بسبب انتحار أحد المقرّبين إلى المساعدة في ما يلي:

- أن ينظروا إلى الانتحار بواقعية من خلال التحدث عنه.
- أن يتعاملوا مع المشكلات العائلية التي سبّبها الانتحار.
- أن يكونوا أكثر تسامحًا مع أنفسهم (ألا يلوموا أنفسهم).
- أن يحصلوا على معلومات حقيقية عن الانتحار وآثاره.
- أن يتوفّر لهم مكان آمن يمكنهم أن يعبّروا فيه على انفراد عن مشاعرهم المختلفة لا سيما الغضب.
- أن يحصلوا على النصح في ما يتعلق بمخاوفهم الاجتماعية والعملية.
- أن يتعاملوا مع وصمة العار وردود الفعل الأخرى التي تصدر عن الآخرين تجاه فعل الانتحار.

الإطار ٧–١١ ما الذي ينبغي أن نتذكره عندما نتعامل مع الحداد

- الحداد هو ردّ الفعل الطبيعي تجاه فقدان (وفاة) شخص عزيز.
- نعطي الشخص الإرشاد اللازم، ونطلب من الأصدقاء والأقرباء أن يقدموا له الدعم.
- إذا استمرّ الحداد أكثر من ستة أشهر و/أو أدّى إلى حالة من الاكتئاب الحاد أو إلى التفكير في الانتحار، يكون قد أصبح غير طبيعيّ.
- مضادات الاكتئاب قد تساعد إذا شكا الشخص من أعراض محدّدة للاكتئاب والقلق بعد الحداد بعدة أشهر.

- إذا كان الشخص يفكر في الانتحار، نعالجه كما ينبغي (راجع القسم ٤–٤). وينبغي أن نتوخّى الحذر بشكل خاص مع الأشخاص الذين تعرّضوا للحداد بسبب انتحار أحد المقرّبين (راجع الإطار ٧–١٠).
- لا نطمئن الشخص بتعابير بسيطة مثل «إنها مشيئة الله» أو «على الأقل عندك أطفال». فالحداد هو تجربة إنسانية تصيب جميع الناس، وقدرتنا على الإصغاء بهدوء وعلى السماح للشخص بالتعبير عن حزنه تعتبر علاجاً بحدّ ذاتها.
- يمكن لمجموعات الدعم أن تكون مفيدة جدا في هذه الحالات (راجع الفصل العاشر).
- بالنسبة إلى مشكلات النوم، يمكنا إعطاء الحبوب المنوّمة. فمن المهم أن ينام الشخص الذي تعرّض للحداد جيّداً، لكي لا يشعر بالتعب خلال النهار. وبالتالي يستطيع أن يقوم بالتحضيرات اللازمة لمراسم الدفن وتقبل التعازي من دون أن يرزح تحت ثقل العمل الذي من واجبه القيام به (بما في ذلك رعاية صغار الأطفال).
- نشجّع الشخص على أن يعود تدريجيّاً إلى حياته العادية وإلى العمل بعد ثلاثة إلى ستة أسابيع. فالعمل والنشاطات الأخرى تساعد بحدّ ذاتها على رفع معنويات الشخص وفي إعادة تنظيم حياته المستقبلية.

ماذا ينبغي أن تفعل إذا كان الحداد غير طبيعيّ؟

- إذا بدا الحداد غير طبيعيّ، ينبغي أن نفكر في تقديم الإرشاد للشخص على الأقل مرة في الأسبوع. وقد يتضمن الإرشاد مناقشة علاقته بالشخص المفقود (لاكتشاف المشاعر الإيجابية والسلبية). نطلب منه أن يجلب صوراً أو أغراضاً أخرى تذكره بالفقيد، فذلك قد يشكل محوراً للمناقشة.
- إذا ظهرت عند الشخص دلائل الإكتئاب الحاد، نعالجه بمضادات الإكتئاب (راجع الفصل ١١).

الفصل الثامن

مشكلات في الطفولة والمراهقة

٨–١ الطفل الذي يتطور ببطء

يتعلّق هذا القسم بالطفل الذي لا يتطور بالسرعة نفسها التي يتطور بها معظم الأطفال الآخرين. يختلف الأطفال (والبالغون!) اختلافاً كبيراً على صعيد القدرات الجسدية والذهنية. فبعض الأطفال أداؤه أفضل من سواه في الرياضة، أما بعضهم الآخر فهو أفضل من سواه في التحصيل الدراسي. وبعض الأطفال يتعلّم المشي في وقت متأخّر عن الأطفال الآخرين. فعندما يتأخّر الطفل في إظهار علامات التطور المناسبة لعمره (راجع الإطار ٨–١)، عندئذٍ ينبغي أن نقلق من احتمال أن يشكو هذا الطفل من مشكلات واضطرابات في تطوره.

يعالج هذا القسم بعض المسائل الأساسية المتعلّقة بالتأخر العقليّ دون سواها. وللحصول على تفاصيل إضافية حول مسائل معيّنة متعلّقة بالرعاية، راجع دليل «رعاية الأطفال المعوقين» وكتاب «خطوات تطور الطفل» (انظر المراجع).

الإطار ٨–١ علامات تطور الطفل الأساسية

ثمة عدة علامات لتطوّر الطفل، ونموه من الولادة إلى سنّ البلوغ. ومن المهم أن تتذكر بعض علامات تطوّر الطفل التي يمكن أن تستعملها للتأكد مما إذا كان الطفل يتطور أبطأ من المتوقع. ويمكنك اعتبار بعض علامات تطوّر الطفل الواردة أدناه نقاطاً أساسية تستطيع الاعتماد عليها لتقصّي مشكلات التطور كالتأخر العقلي ومظاهر الاضطرابات النفسية.

علامات تطور الطفل الأساسية:	العمر الذي يتمّ فيه معظم الأطفال هذا النشاط:	ينبغي أن نشتبه بوجود تأخّر عقلي إذا لم يتمكّن الطفل من إتمام النشاط بعد:
يتجاوب عند سماع اسمه أو عند سماع صوت	١–٣ أشهر	الشهر الرابع
يبتسم للآخرين	١–٤ أشهر	الشهر السادس
يُبقي رأسه ثابتاً	٢–٦ أشهر	الشهر السادس
يقعد من دون أن يتكئ	٥–١٠ أشهر	الشهر الثاني عشر
يقف من دون أن يتكئ	٩–١٤ شهراً	الشهر الثامن عشر
يمشي جيداً	١٠–٢٠ شهراً	الشهر العشرون
يركّب جُملاً من ٣ أو ٤ كلمات	١٦–٣٠ شهراً	السنة الثالثة
يأكل ويشرب بمفرده	٢–٣ سنوات	السنة الرابعة
يستطيع أن يقول اسمه	٢–٣ سنوات	السنة الرابعة
يتدرّب على دخول الحمام لقضاء حاجاته الشخصية	٣–٤ سنوات	السنة الرابعة
يتجنّب المخاطر البسيطة	٣–٤ سنوات	السنة الرابعة

يقعد في الشهر السادس تقريباً



يقف في عمر السنة تقريباً



يتكلّم في عمر السنتين تقريباً

مراحل نمو وتطوّر الطفل كما وصفها بياجيه[1]

مراحل التطور المعرفي لدى الطفل

المرحلة الحسّية–الحركية: تشمل السنتين الأُوليين من حياة الطفل. يكتسب الطفل خلال هذه المرحلة مهارات سلوكية معيّنة حسّية حركية.

مرحلة التفكير التصوّري: تبدأ هذه المرحلة منذ ما بعد السنة الثانية وتستمر حتى السابعة. تتميز هذه المرحلة بتطّور الوظائف الرمزية عند الطفل وبمركزية الذات egocentrism.

مرحلة العمليات التفكيرية المتماسكة: تبدأ منذ ما بعد السابعة حتى الحادية عشرة من عمر الطفل. في هذه المرحلة يكتسب الطفل مفهوماً أولياً عن الزمان والمكان والعدد والمنطق وتصبح أفكاره عن الحوادث والأشياء أكثر وضوحاً.

مرحلة العمليات التفكيرية الشكلية: تبدأ هذه المرحلة منذ ما بعد الحادية عشرة وتمتد حتى نهاية فترة المراهقة، أو ما يمكن تسميته بداية التفكير المنطقي عند الراشد. هنا ينتقل التفكير من المراحل الحسّية إلى المراحل المجرّدة والمنطقية.

التأخّر العقلي

٨–١–١ ما هو التأخر العقليّ؟

التأخر العقلي يعني أنّ الوظائف العقلية «متأخّرة». أو أنها بتعبير آخر، لم تتطور بالشكل السليم كما هو متوقّع بالنسبة إلى عمر الطفل. ويواجه الأطفال الذين يعانون تأخراً عقلياً صعوبةً في تعلّم المسائل الجديدة. وقد تؤثر الإعاقة على كافة نواحي التطور عند الطفل، من تعلّم الجلوس والمشي إلى تعلّم الكلام والأكل. ولكن التأخر العقلي ليس مرضاً، بل هو حالة موجودة منذ سنٍّ مبكرة (منذ الولادة عادةً) وتستمرّ مع الشخص طوال حياته. وليس ثمة علاج للتأخر العقليّ، غير أنك تستطيع أن تفعل الكثير لتحسّن نوعية الحياة التي سوف يعيشها الطفل وعائلته. قد يكون التأخر العقليّ بسيطا أو متوسّطاً أو حادّاً. ومعظم الأطفال الذين يعانون التأخر العقليّ ينتمون إلى الفئة البسيطة. ويمكنك تحديد درجة التأخر العقلي عند الطفل من خلال دراسة تطوّر نموّه بدقة.

يختلف التأخر العقلي الشديد عن حالات الانطواء والتوحد، فالتوحد (أو الذاتوية autism) هو حالة تمنع الشخص (الطفل) من تطوير لغته وتمنعه من التواصل الاجتماعي مع محيطه. (أنظر «رعاية الأطفال المعوقين»).

٨–١–٢ ما سبب التأخر العقليّ؟

يحدث التأخر العقلي لأنّ الدماغ لا يتطور بالشكل السليم. وقد يتأثر تطور الدماغ بعدة عوامل. فمن أسباب التأخر العقلي:

- المشكلات السابقة لولادة الطفل، بما فيها سوء التغذية عند الأم وإفراطها في استهلاك الكحول وبعض أنواع الإصابات التي تعانيها الأم (في بعض أنحاء العالم، يحتوي الملح على نسبة قليلة من اليود، لذلك، قد يولد الطفل مع قصور في وظيفة الغدة الدرقية).
- المشكلات في أثناء الولادة، مثل المخاض الطويل، أو التفاف الحبل السرّي حول عنق الطفل
- المشكلات في السنة الأولى بعد الولادة، مثل التهابات الدماغ، واليرقان الحاد والمطوَّل، والتشنّجات الخارجة عن السيطرة، والحوادث، وسوء التغذية الحاد.
- المشكلات في العناية بالطفل، مثل قلة التشجيع، وسوء المعاملة، والإهمال العاطفيّ (تعتبر الظروف العائلية والبيئية الصعبة عوامل تزيد من مخاطر الإصابة باضطرابات في التطور).

(١) التطوّر المعرفي عند جان بياجيه، موريس شربل، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، ١٩٩١، ص:٣٧–٣٨.

- المشكلات الجينيّة، مثل «متلازمة تثلث الصبغية ٢١» («متلازمة داون» (Down's syndrome
- الحمل المتأخّر، أي الحمل الذي يحصل في عمر متأخر للأم، حيث تزداد نسبة الخطورة بالإصابة بمثل هذه الاضطرابات مع تقدم عمر الأم (فوق ٤٠ سنة).

إن جميع هذه العوامل تؤثّر سلباً في تطور الطفل، وقد تؤدّي إلى اضطرابات كالتأخر العقلي. ولكن، عند معظم الأطفال الذين يعانون التأخر العقليّ، يستحيل إيجاد السبب المحدد للاضطراب.



المشكلات في أثناء الولادة والإهمال العاطفي قد يسببان التأخر العقليّ.

٨–١–٣ الطفل الذي لا يتكلّم بشكل طبيعي

يبدو بعض الأطفال طبيعيّاً من حيث تطور حركاته، وقدرته على الجلوس، والوقوف، وإتمام الوظائف الجسدية الأخرى. غير أنّه يعاني مشكلات بالنسبة إلى قدرته على النطق والكلام. تأكد دائماً من عدم وجود مشكلات في السمع عند هؤلاء الأطفال، فمشكلات السمع قد تؤدي إلى تأخّر في تطور النطق. أما إذا كان السمع طبيعيّاً، فيحتمل أنهم يعانون تأخراً عقليّاً. وثمة احتمال آخر أيضاً ولكنه حالة نادرة، ويسمّى التوحّد. وتظهر عند الأطفال الذين يعانون التوحد مشكلات سلوكية أخرى، مثل صعوبة بناء علاقات اجتماعية مع أشخاص آخرين. فينبغي أن نحيل الأطفال الذين يعانون تأخّرا في النطق على اختصاصيّ في طب الأطفال، لأنّ التشخيص الدقيق غالباً ما يكون صعباً.

٨–١–٤ كيف يؤثر التأخر العقلي على الطفل؟

يؤثر التأخر العقلي في تطور الطفل على عدة أصعدة:

- **الوظائف الجسدية.** مثلاً قدرة الطفل على المشي وعلى استعمال يديه.
- **اهتمام الطفل بنفسه.** مثلاً قدرته على الأكل والاستحمام وقضاء حاجاته الشخصية بمفرده.
- **التواصل مع الآخرين.** أي أن يقدر على الكلام وعلى فهم ما يُقال.
- **التفاعل الاجتماعي،** مثل اللعب مع الأطفال الآخرين.
- **الاضطرابات النفسيّة** (راجع الإطار ٨–٢).
- **الإعاقات والأمراض الجسدية.** (كلما ازدادت حدة التأخر العقليّ، ازداد خطر الإصابة بمشكلات صحية جسدية مثل النوبات والإعاقات الجسدية).
- **المشكلات العائلية.** الناتجة من الشعور بالذنب، والتعاسة، والغضب.
- **الوصمة الاجتماعية.** وما تتركه من آثار سلبية على العائلة والفرد.

الإطار ٨–٢ عندما يجتمع التأخر العقلي والاضطراب النفسي في شخص واحد

إنّ الأطفال «المتأخرين عقليّاً» معرّضون أكثر من سواهم للإصابة باضطرابات نفسية. والأطفال ذوو التأخر العقليّ البسيط قد يدركون تماماً أنّ قدراتهم محدودة مقارنة بالأطفال الآخرين وقد يظهرون مشكلات عاطفية وسلوكية في غرفة الصف (مثل النشاط الزائد، راجع القسم ٨–٣). وعندما يكبرون، قد تدفعهم صعوبة اكتساب الأصدقاء إلى الإكتئاب والغضب. وقد تظهر عندهم مشكلات جنسيّة (راجع القسم ٥–٥). أما الأطفال الذين يعانون تأخر عقليّاً أشدّ حدةً، فغالباً ما يشكون من تضرّر دماغيّ، ما يجعلهم أكثر عرضة للإصابة بالذهان. إذا ظهر عند الولد «المتأخر عقليّاً» أيُّ تغيّر في سلوكه، ينبغي أن نشتبه باحتمال وجود اضطراب نفسيّ.

٨–١–٥ متى ينبغي أن نشتبه باحتمال وجود التأخر العقليّ ؟

ينبغي أن نشتبه باحتمال وجود تأخر عقليّ عند الطفل أو الطفلة في الحالات الآتية:

- إذا تأخّر في القيام بالنشاطات الدالة على علامات التطور الأساسية(راجع الإطار ٨–١)
- إذا واجه صعوبات مدرسية وصعوبة في اللعب مع الأطفال الآخرين (ينبغي عدم التسرّع في التشخيص، فقد تكون الواجبات الموكلة إلى الطفل أكبر من قدرته على فهمها أو/و التعامل معها).
- إذا كان يعجز عن تنفيذ التعليمات التي تعطى له.

ينبغي أن نشتبه باحتمال وجود تأخر عقليّ عند **المراهق** في الحالات الآتية:

- إذا واجه صعوبات في العلاقات الاجتماعية مع المراهقين الآخرين
- إذا صدر عنه سلوك جنسي غير لائق
- إذا لم يكن قادراً على التعلّم بالسرعة التي يتعلّم بها الطلاب الآخرون في الصف نفسه.

ينبغي أن نشتبه باحتمال وجود تأخر عقليّ عند **الشخص البالغ** في الحالات التية:

- إذا واجه صعوبات في إتمام النشاطات اليومية.
- إذا واجه مشكلات في التكيّف الاجتماعي (مثل اكتساب الأصدقاء).

غالباً ما تُكتشف الحالات المتوسطة والحادة من حالات التأخر العقلي قبل عمر السنتين. وعندما يُلاحَظ التأخر العقلي للمرة الأولى عند شخص مراهق أو بالغ، يكون عادةً حالة بسيطة، ولذلك لم يُكتشف في سن الطفولة، ولم تظهر المشكلة إلا عندما واجه الشخص مسؤوليات وضغوطات جديدة في الحياة. (إذا وُجد ينبغي الحذر في تقييم الأعراض المذكورة أعلاه وعدم التسرّع في التشخيص دون التعرّف على كافة جوانب حياة وظروف الفرد).

٨–١–٦ كيف نتعامل مع هذه المسألة؟

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على الأهل

- لماذا تقلقان على تطور طفلكما؟ نطلب سرداً واضحاً لمظهر التأخّر الذي دفع بالوالدين إلى استشارتنا.
- في أيّ عمر تعلّم طفلكما أن يُبقي رأسه ثابتاً؟ وأن يجلس مع سند؟ وأن يقف مع سند؟ وأن يمشي بمفرده؟ وأن يقول جملاًواضحة من كلمتين؟ هذه بعض علامات التطور الأساسية (راجع الإطار ٨–١).
- هل يعاني طفلكما أيّ صعوبات سمعية؟ وبصرية؟ نستبعد أيّ مشكلة متعلّقة بالحواس قبل التفكير في احتمال وجود تأخر عقليّ.
- بالنسبة إلى الطفل في عمر أكبر، نسأل الوالدين عن قدرته على الاعتناء بنفسه، وأدائه في المدرسة، وسلوكه:

– هل يعاني ابنكما أيّ مشكلات طبية، مثل النوبات الصرعية؟

– ما هو سبب المشكلات؟ (بعض الأهل قد يظنّ أن أرواحاً شريرةً أو لعنةً ما هي سبب التأخر عند الطفل).

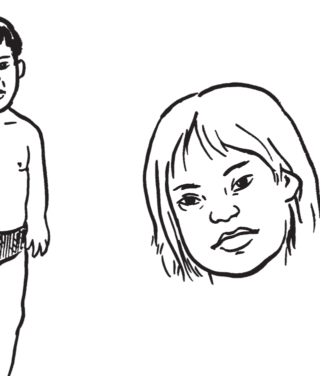
– هل حصلت أيّ مشكلات في أثناء الولادة، مثل المخاض الطويل؟ هل عانى الطفل أيّ مشكلات بعد ولادته بشهر تقريباً؟ مثلاً، هل ارتفعت حرارته أو أصيب بنوبات صرع؟ هل عانى أحد أفراد العائلة مشكلات في التعلّم؟ (هذه الأسئلة تساعد في تحديد سبب التأخر العقليّ).

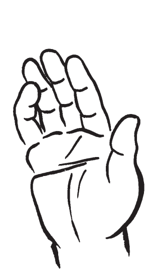
الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على الطفل

إنّ طرح الأسئلة على الطفل واختبار قدراته يتطلّب بعض التدريب والممارسة. والخطوة الأساسية في تقصّي التأخر العقلي هي أن تحصل على سرد دقيق من الوالدين عن تطوّر الطفل وقدراته. إذا كان الطفل في عمر غير صغير ما يسمح له بالتعبير عن نفسه، ينبغي أن نسأله عما يقلقه (مثل العلاقات مع الأصدقاء، والدروس، وأدائه المدرسيّ، وما إلى ذلك). فعندما نعرف نوع المشكلات التي يواجهها الطفل، فلربما قادنا هذا إلى الاشتباه بوجود تأخر عقلي يسبّب هذه المشكلات. كذلك سنتمكن من تقييم مهارات النطق عند الطفل حتى نرى ما إذا كانت متوافقة مع عمره.

ما يجب أن نلاحظه في أثناء المقابلة

- ندوّن درجة الملاحظة عند الطفل، ومستوى اندماجه في المقابلة. فغالباً ما يواجه الأطفال الذين يعانون تأخراً عقلياً صعوبةً في متابعة المقابلة، ويميلون إلى شرود الذهن. وقد يبدون حالمين أو غير منتبهين. وقد يواجهون صعوبة في فهم الأسئلة البسيطة وقد يجيبون بغير دقة.
- أحياناً نلاحظ مظاهر جسدية غريبة عند الأطفال المتأخرين عقليّاً. فقد يكون الرأس صغيراً أو كبيراً، أو قد نجد بعض الإعاقات الجسدية.
- بعض الأطفال يعانون متلازمة جينية معيّنة، من شأنها أن تسبّب مشكلات جسدية معيّنة، بالإضافة إلى التأخر العقليّ. وأكثر هذه المتلازمات شيوعاً هي متلازمة تثلث الصبغية٢١ («متلازمة داوْن» Down’s Syndrome)، التي يبدو الطفل المصاب بها مائل العينين، منخفض الأذنين، قصير العنق. (وقد جرى اسقاط صفة «منغولي» لوصف الحالة لأنها تشكل وصمة خاطئة وعنصرية لشعب بكامله).





يبدو الطفل المصاب بمتلازمة «داون» Down’s syndrome مائل العينين، منخفض الأذنين، قصير العنق.

نصائح للمقابلة

إذا كان الطفل يعاني من تأخر عقلي، فذلك لا يعني أنه لا يستطيع فهم ما يقال عنه. يجب ألا نرتكب الخطأ ونتصرّف وكأنّ الطفل ليس موجوداً في الغرفة على الإطلاق. بل نعامل كل الأطفال بكرامة واحترام، مهما تكن حدّة التأخر العقليّ لديهم.

ماذا ينبغي أن نفعل؟

الخطوة الأولى والأهم هي أن **نتأكد تماماً من أن الطفل يعاني فعلا تأخراً عقليّاً**. فتسمية التأخر العقليّ لها تأثير شديد، لأنها تعني أنّ الطفل يعاني مشكلة غير قابلة للحل. وهذه التسمية قد تسبّب الكثير من التعاسة والقلق، **لذلك نستعملها بحذر**. ثمة ثلاث استراتيجيات مفيدة للتأكد من التشخيص، وهي:

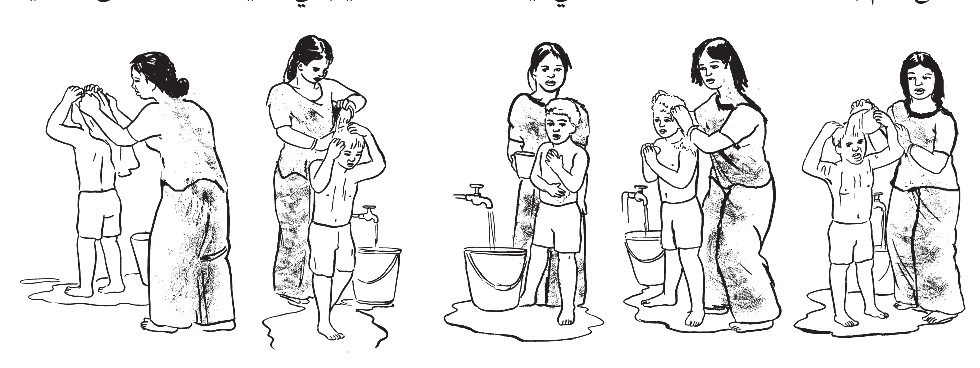
- في المقابلة، نطلب من الطفل أن يقوم باختبارات شفهية أو خطية بسيطة كالتي يُتوقَّع من أيّ طفل في سنّه أن ينجزها بسهولة. مثلاً، نطلب من طفل في الثالثة من عمره أن يقول لنا اسمه.
- بالنسبة إلى الأطفال في سنّ المدرسة نطلب تقريراً من المعلّم عن أدائه في المدرسة.
- نحصل على **رأي آخر من اختصاصيّ** في طب الأطفال أو في الصحة النفسية.

متى تأكدنا من أنّ الطفل يعاني تأخراً عقليّاً، ندقق في مدى حدّة التأخر. سوف تشكّل قدراته مؤشراً مهماً لمعرفة مدى التقدم الذي يحتمل أن يحرزه في السنوات الآتية (راجع دليل «رعاية الأطفال المعوّقين» (أنظر المراجع) للحصول على المزيد من التفاصيل في هذا الشأن). ومن الضروريّ أن نشرح للوالدين ما ينبغي أن يتوقعاه من الطفلا بشكل واقعيّ.

- معظم الأطفال الذين يعانون تأخراً عقلياً بسيطاً يتمكّنون من دخول المدرسة (الاهتمام بتطبيق مبدأ دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الإضافية في المدارس العادية، لكن نشر هذا المبدأ يحتاج إلى تأهيل المعلمون والإدارات وتوعية للأهل والمجتمع). فكثيرون منهم قد يتدبرون أمرهم في مدرسة عادية، لا سيما إذا عاملهم المعلمون بشكل ملائم لحاجاتهم. غير أنّ الآخرين قد يحتاجون إلى دخول مدارس خاصة (دمج). ومعظم الأطفال سوف يتمكّنون من رعاية أنفسهم، والعيش باستقلالية إلى حدٍّ ما. وتكمن الصعوبات عند هؤلاء الأطفال في اكتساب الأصدقاء كلما كبروا في العمر، وفي إيجاد عمل. وقد تكون الوظائف الرتيبة االروتينية أفضل الوظائف التي يمكنهم ممارستها.
- معظم الأطفال الذين يعانون تأخراً عقلياً متوسط الحدّة يحتاجون إلى دخول مدارس خاصة. وقد يحتاجون إلى من يحثهم على القيام بالنشاطات اليومية ويساعدهم فيها. مثلاً، يمكن أن يتعلّم الطفل أن يغتسل وأن يقضي حاجاته الخاصة بنفسه، ولكن قد يضطر الأهل إلى تذكيره وإلى التأكّد من أنه قام بهذه الأعمال. ومعظم الأطفال سوف يعتمدون على أهلهم بالنسبة إلى العلاقات الاجتماعية. ومعظمهم لن يستطيع الاستمرار في وظيفة. ولكن قد يتمكّنون من ممارسة بعض أنواع من الوظائف في المشاغل (راجع الفصل ١٢ للاطلاع على الموارد المحلّية في منطقتك). وقد يواجه هؤلاء الأشخاص صعوبة في التكيّف مع التطوّر الجنسي في سن البلوغ.
- الأطفال الذين يعانون تأخراً عقلياً حاداً يحتاجون إلى الرعاية في القسم الأكبر من حياتهم. وقد يعانون إعاقات جسدية ومشكلات طبية، وقد لا يتمكّنون من السيطرة على التبوّل والتغوّط إلا في سنٍّ متأخّرة. وهؤلاء الأطفال قد لا يتكيّفون حتى في المدارس الخاصة. أما التفكير في إيجاد وظيفة لهم فليس بالأمر الواقعيّ أحيانا.

إذا كان الطفل يعاني مشكلةً طبية معيّنة، مثل القصور في وظيفة الغدة الدرقية، أو نوبات الصرع، نحيله على استشارة اختصاصيّ. وفي ما عدا هذه الحالات الخاصة (والنادرة)، لا حاجة إلى استعمال الأدوية لمعالجة التأخر العقليّ. ولا نستعمل «منشّطات الدماغ»، أو أيّ أدوية أخرى من شأنها أن تقوّي «نشاط الدماغ»، فهذه الأدوية ليست غالية الثمن فحسب، بل هي غير مفيدة على الإطلاق.

نطمئن أفراد العائلة إلى أنّ الطفل، ولو كانت قدراته الذهنية محدودة، سوف يتمكّن من إتمام بعض النشاطات البسيطة في الحياة. فينبغي أن يتحضّروا لتقبُّل التأخير في إتمام هذه النشاطات، وأن يكونوا واقعيين في ما يتوقّعونه من الطفل. نشرح لهم بشكل خاص أنّ التأخر العقليّ ليس له دواء، وأنه ينبغي ألا ينفقوا المال على الدعايات الكاذبة.





نساعد الوالدين على كيفية الاهتمام بالطفل في النشاطات اليومية، مثل قضاء الحاجات الخاصة، والأكل. وفي ما يلي بعض الإرشادات العامة (راجع «دليل رعاية الأطفال المعوّقين» للحصول على المزيد من التفاصيل – أنظر المراجع):

- على الوالدين أن يكونا مرنين في ما يتوقعانه من الطفل
- على الوالدين أن يقرّرا ما هو نوع النشاطات التي يريدان أن يتعلّمها الطفل، وفقاً لعمره ولدرجة التأخر العقلي عنده. ينبغي أن يبدآ بالأعمال البسيطة، وألا ينتقلا إلى الأعمال الأكثر تعقيداً إلا بعد أن يكون الطفل قد تمكّن من إتمام هذه الأعمال البسيطة.
- ينبغي أن تُجزّأ النشاطات إلى نشاطات صغرى. مثلاً، يمكن تجزئة الاستحمام إلى حمل وعاء الماء، والإمساك بالصابونة بينما يفرك أحد الوالدين جسمه بالصابون، ثمّ فرك جسمه بالصابون بنفسه، وسكب الماء لغسل الصابون عن جسمه، وتجفيف جسمه بالمنشفة. وقد يحتاج الوالدان إلى تعليم الطفل كلاًّ من هذه النشاطات على حدة، قبل أن يجمعاها في نشاط متكامل. وينبغي تكرار النشاط مدة أسبوعين على الأقلّ قبل أن ينتقل الوالدان إلى تعليمه النشاط التالي.
- على الوالدين أن يُبقيا الطفل متنبّهاً حتى لو شعرا بأن ذلك غير مفيد. مثلاً، يمكنهما أن يكلّماه، أو يقرآ معه كتاباً. وقد يُضطرّان لاستعمال لغة تتناسب مع أطفال أصغر سنّاً منه. وكلما تكلّم الطفل أكثر، على الوالدين أن يرفعا مستوى كلامهما ومستوى القصص التي يخبرانه إياها إلى مستوى العمر الأعلى.
- ينبغي على الوالدين أن يقدّما للطفل المكافأة والمديح عندما ينجح في إتمام أيّ نشاط، مهما يكن بسيطاً.
- على الوالدين أن يجدا نشاطات تساعدهما في قضاء الوقت مع الطفل، وتسمح لهما في الوقت نفسه بإتمام الواجبات المنزلية. مثلاً، قد يتعلّم الطفل أن يساعد أمه في الأعمال المنزلية.
- النشاطات الاجتماعية هي عنصر مهم في توصّل الطفل إلى العيش باستقلالية. ومن النشاطات الاجتماعية التي يمكن أن يتعلّمها الطفل: استقبال الزائرين وتوديعهم ، ومشاركة الآخرين الألعاب، وانتظار دوره، وطلب الإذن لاستعمال الأغراض التي تخصّ الآخرين، والتعامل كما ينبغي مع الجنس الآخر. وعلى الوالدين أن يكونا دقيقين عندما يعطيان التعليمات بهذا الشأن، وأن يكونا مثالاً للطفل. فعليهما أن يشرحا بوضوح ما يتوقّعان من الطفل أن يفعل ولماذا. وينبغي أن يمدحاه عندما يفعله بالطريقة الصحيحة.
- على الوالدين ألا يفرّطا في حماية الطفل، بل عليهما أن يسمحا له بالقيام بكل ما يمكنه القيام به بمفرده. فهذا سيعطيه الثقة ويمنحه القدرة على الاعتماد على نفسه.

الإطار ٨–٣ ما ينبغي أن نتذكره عندما نتعامل مع التأخر العقليّ

- غالباً ما يكون التأخّر في التطور ناتجاً عن التأخر العقليّ. والتأخر العقلي ليس مرضاً، بل هو حالة تستمر مع الإنسان طوال حياته.
- معظم الأطفال الذين يعانون التأخر العقليّ يبدون ظاهريّاً مثل سائر الأطفال.
- التأخر العقليّ ليس قابلاً للشفاء ولكن يمكن الوقاية منه في غالب الأحيان، وذلك بضمان الحمل الصحيّ، والولادة الصحية، وتقديم الرعاية الصحية الملائمة لتطور الطفل في سنواته الأولى.
- من المهم اكتشاف التأخر العقلي في بدايته، لأن تدريب الأهل قد يساعد في التقليل من حدّة تأثير التأخر العقلي على حياة الطفل المستقبلية.
- التأخر العقلي قد لا يُكتشف إلا في سن المراهقة أو حتى سن البلوغ، وفي هذه الحالات، غالباً ما يكون التأخر بسيطاً.
- سوف يحتاج الوالدان إلى الحصول على معلومات عن رعاية الطفل وتأمين التربية الخاصة له.
- الأدوية لها دور محدود جدّاً بالنسبة إلى التأخر العقليّ، ولا تفيد إلا في السيطرة على النوبات والاضطرابات النفسية الحادة التي قد يصاب بها بعض الأشخاص.

- لا نتجاهل الحاجات التربوية للطفل أبداً. فبعض الأهل يتخلّى عن تربية وتعليم الطفل ما إن يكتشف أنه يعاني تأخراً عقليّاً. نؤكّد للوالدين أنّ الطفل يحتاج إلى التعلّم تماماً بقدر ما يحتاج إليه الأطفال الآخرون. ونحيل العائلة على مدارس محلية للأطفال ذوي الحاجات الإضافية (راجع الفصل ١٢).
- نزوّد العائلة بالمعلومات عن كل البرامج المتخصّصة في مساعدة العائلات التي تضمّ طفلاً يعاني تأخراً عقليّاً، على الصعيدين المادي والتربويّ.
- نبقى على اتصال دوريّ بالأسرة. بعض العائلات يعيش ضغطاً كبيراً بسبب رعاية طفل يعاني تأخراً عقليّاً، خصوصاً إذا كان حادّاً. فالرعاية بحد ذاتها قد تكون مسبّباً للضغط وللمشكلات الصحية النفسية (راجع القسم ٩–١٠). لذلك، نحيل الوالدين على مجموعات دعم متوفّرة في منطقتنا (راجع القسم ١٠–١).
- وأخيراً، عند الاشتباه في أنّ الولد ضحية سوء المعاملة أو الإهمال، نتعامل معه بحسب ما هو مذكور في القسم ٨–٤.

تعريف الدمج[٢]

البيئة الأقل عزلاً(Least Restrictive)

يقصد بها الإقلال بقدر الإمكان من عزل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وذلك بدمجهم قدر الامكان بالأطفال «العاديين» في الفصول والمدارس «العادية».

الدمج (Integration)

ويقصد بذلك دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس والفصول «العادية» مع أقرانهم »العاديي«ن مع تقديم خدمات التربية الخاصة والخدمات المساندة.

مبادرة التربية العادية (Regular Education Initiative)

يقصد بهذا المصطلح أن يقوم مدرسو المدارس «العادية» بتعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة خصوصاً ذوي الإعاقات البسيطة والمتوسطة في الفصول والمدارس «العادية» مع تقديم الاستشارات من المختصين في التربية الخاصة.

الدمج الشامل (العام Inclusion)

هذا المصطلح يستخدم لوصف الترتيبات التعليمية عندما يكون جميع الطلاب، بغض النظر عن نوع أو شدة الإعاقة التي يعانون منها، يدرسون في فصول مناسبة لأعمارهم مع أقرانهم «العاديين» في مدرسة الحي إلى أقصى حد ممكن مع توفير الدعم لهم في هذه المدارس.

متى ينبغي أن نحيل الطفل على اختصاصيّ؟

نحيل الطفل وعائلته على اختصاصيّ إذا شككنا في أنّ التأخر العقلي سببه القصور في الغدة الدرقية أو التشنّجات المتكررة أو ما شابه. فاستعمال الأدوية لمعالجة قصور الغدة الدرقية ومضادات التشنّج قد يساعد في وضع حدّ لتراجع القدرات الذهنية.

إذا توفّرت في منطقتنا عيادة خاصة بإرشاد الأطفال أو اختصاصيّ في الصحة النفسية، نحيل عليهما أي طفل نشتبه في احتمال أن يعاني تأخراً عقليّاً، وذلك لفحص أكثر دقة. فالتأخر العقلي تسمية سوف يمكن أن تلصق بالطفل مدى الحياة، لذلك ينبغي أن نتوخى الحذر من استعمالها قبل استشارة شخص آخر.

---

(٢) ندوة دمج الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في دول مجلس التعاون الخليجي، د. عبد العزيز الجبار، البحرين/ ٢–٤ مارس ١٩٩٨.

٨–٢ الطفل الذي يعاني صعوبات في التعلّم

يعاني الأطفال مشكلات متعلّقة بالدراسة لعدة أسباب. مثلاً، قد يضطرّون للعمل لمساعدة أهلهم. وقد تكون المدرسة سيئة أو المعلم غير مدرّب بما يكفي، الأمر الذي قد يدفع بالطفل إلى الاعتقاد بأن الدراسة غير نافعة. وثمة مشكلات صحية نفسية هامة قد تصعّب على الطفل أن يدرس. لذلك، فإنّ مساعدة الأطفال على الاستمرار في الدراسة هي عنصر مهم جدّاً في إطار تعزيز الصحة، لأن الأطفال الذين حصلوا على التعليم سوف تكون صحتهم في سن البلوغ أفضل من صحة سواهم.

٨–٢–١ لماذا يواجه الأطفال صعوبات في التعلّم؟

يمكن أن نجد الأسباب الشائعة في العائلة، أو في المدرسة، أو في الطفل نفسه. ففي البيت، قد تكون الصعوبات الدراسية ناتجة عن أنّ الوالدين لا يقدّمان الرعاية الكافية والملائمة، أو حتى عن العنف (راجع القسم ٨–٤). وقد تكمن المشكلة في أنّ الطفل ينتمي إلى الجيل المتعلّم الأول في العائلة، أي أنه ينشأ في عائلة لم يدخل البالغون فيها المدرسة. أما في المدرسة، فقد تكمن المشكلة في أنّ الصفّ لا يحتوي على التجهيزات الضرورية للتعلّم، أو أنّ عدد الطلاب في الصف الواحد كبير جدّاً، أو أنّ الأساتذة لم يحصلوا على التدريب اللازم، أو أنّ اللغة المعتمدة في التعليم (معظم البلدان النامية تعتمد لغة أوروبية في التعليم) ليست اللغة التي يتكلّمها الطفل في المنزل.



الصعوبات التعلّمية

أما أسباب صعوبات التعلّم التي نجدها لدى الطفل، فتشمل:

- التأخر العقلي، بسبب صعوبات التعلّم التي تنتج منه بشكل عام (راجع القسم ٨–١).
- النشاط الزائد، بسبب صعوبة التركيز والانتباه (راجع القسم ٨–٣).
- مظاهر الإكتئاب، لأن الطفل يشعر بالتعاسة وفقدان الاهتمام (راجع القسم ٨–٧).
- اضطراب السلوك، لأن الطفل «يسيء التصرّف» ويتورّط في مشكلات (راجع القسم ٨–٥).
- سوء معاملة الطفل، لأن الطفل يشعر بالتعاسة ويتلهى عن الدرس (راجع القسم ٨–٤).
- الصعوبات السمعية أو البصرية.
- تناول المخدّرات، ولا سيما عند المراهقين (راجع القسم ٦–٢).
- عسر القراءة Dyslexia أو إعاقات تعلّمية محددة (راجع الإطار ٨–٤).



٨–٢–٢ كيف نتعامل مع هذه المشكلة؟

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على الوالدين والمعلمين:

سوف يُحضَر إلينا الطفل في معظم الأحيان لأنّ أداءه في المدرسة سيّئ، وبالتالي فإن الحصول على معلومات من المعلمين سيساعدنا. سنحتاج إلى طرح الأسئلة المتعلّقة بالمشكلات الصحية النفسية الشائعة عند الأطفال، بالطريقة الآتية:

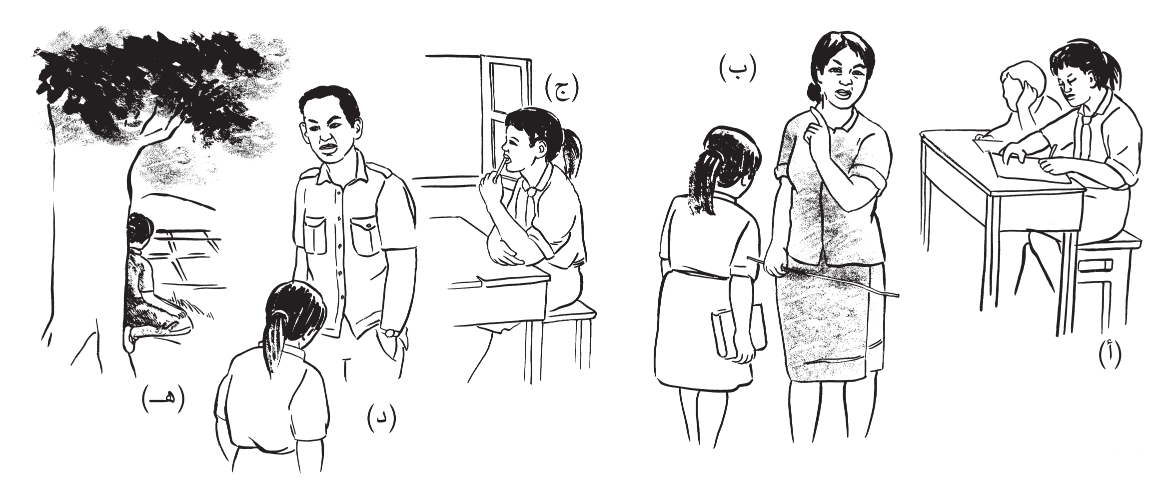
الإطار ٨–٤– ما هي الإعاقات التعلمية المحددة؟

الإعاقة التعلّمية المحددة هي حالة يواجه فيها الطفل صعوبة في أحد أوجه الدراسة، مثلاً صعوبة محددة في القراءة، أو الإملاء، أو الكتابة، أو الرياضيات. أما الإعاقة التعلّمية المحددة الأكثر شيوعًا فهي عسر القراءة، وهي صعوبة محددة في القراءة والكتابة والإملاء. فالأطفال الذين يعانون هذه الإعاقة يتمتعون بذكاء طبيعيّ، ولكنّ عددًا كبيرًا منهم يظنه أساتذته غبيًـا أو يعتبرون أنه لا يبذل جهدًا كافيًا، لأنهم لم يدركوا الإعاقة التي يحملها. إنّ عسر القراءة يصعّب على الطفل فهم الدروس. فيفقد الطفل التركيز ويضجر، ويصبح تعيسًا ومعذبًـا، وقد يسيء التصرف في الصف. ويُحتمل أن يرسب في الامتحانات ويفقد ثقته بنفسه.

لسنا نعرف لماذا يعاني بعض الأطفال عسر القراءة، فقد تكمن المشكلة في الطريقة التي يعالج فيها الدماغ المعلومات. غير أننا نعلم أن عسر القراءة هو مشكلة شائعة وأنه يختلف عن التأخر العقلي. فعددٌ كبير من الأطفال الذين يعانون عسر القراءة يتوصّلون إلى أداء مساو لأداء الأطفال الآخرين، بفضل المساعدة التربوية الخاصة. أما أنواع المشكلات التي قد يواجهها الأطفال الذين يعانون عسر القراءة فهي:

- صعوبات في النسخ، والإملاء، والكتابة.
- صعوبات مع الأرقام والرياضيات
- مشكلات سلوكية.
- صعوبات في فهم التعليمات التي تعطى لهم.
- صعوبات في القراءة.

الحلقة المفرغة لعسر القراءة



(أ) الأطفال الذين يعانون عسر القراءة يواجهون صعوبة في إنجاز دروسهم.
(ب) هذا يورّطهم في مشكلات مع معلمين.
(ج) وهذا قد يدفع بهم إلى فقدان الاهتمام بالدروس...
(د) ... وقد يتورّطون في المزيد من المشكلات.
(هـ) وقد يصل بهم الأمر إلى ترك المدرسة.

- أوّلاً نطرح الأسئلة المتعلّقة بالتأخر العقليّ، وخصوصاً عندما لا يُكتشف تأخر عقلي بسيط قبل أن يدخل الطفل المدرسة. وإذا حصلنا على سرد دقيق لتطوره وقدرته على إتمام النشاطات البسيطة، فقد نكتشف أنه يعاني تخلّفاً عقليّاً (راجع القسم ٨–١).
- نسأل عن الصعوبات السمعية أو البصرية.
- ثم نفكّر في احتمال النشاط الزائد لدى الطفل. نطرح أسئلة عن كثرة الحركة، وصعوبة التركيز والانتباه (راجع القسم ٨–٣).

إذا كنا متأكدّين من أن الطفل لا يعاني تأخراً عقلياً، نطرح الأسئلة الآتية:

- ما هي الصعوبة التي يواجهها الطفل في الدراسة؟ هل يسيء بشكل خاص في القراءة أو الإملاء أو الكتابة؟ هل يواجه مشكلات معيّنة في الرياضيات؟ هل يواجه صعوبة في فهم التعليمات؟ هذه المشكلات نموذجية عند الأطفال الذين يعانون عسر القراءة.

- هل من الصعب على الطفل أن يميّز بين اليمين واليسار؟ هل يصعب عليه التحكّم بحركاته أو يصطدم بالأشياء، لا سيما في أثناء ممارسة الرياضة؟ عددٌ كبير من الأطفال الذين يعانون عسر القراءة يواجه هذه الأنواع من الصعوبات.

وأخيراً نفكّر في احتمال أن يكون الطفل ضحية مشكلات عائلية. نسأل الوالدين عن المشكلات في المنزل، بما فيها العنف وسوء معاملة الطفل (راجع القسم ٨–٤).

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على الطفل

إنّ إجراء مقابلة مع طفل لتقصّي عسر القراءة يتطلّب الخبرة والمهارة. والأفضل أن نحيل الطفل على عيادة متخصصة في إرشاد الأطفال لإجراء المزيد من الاختبارات. نشرح للوالدين لماذا ينبغي القيام بهذا الأمر، فقد ينشغل فكرهما بسبب «إجراء الاختبارات». ولكن إذا لم تتوفّر عيادة متخصصة قريبة، يمكننا طرح الأسئلة الآتية لتقصّي عسر القراءة عند الطفل:

- لماذا تواجه صعوبات في الدراسة؟ إنّ وجهة نظر الطفل مهمة جدّاً. نتذكّر أنّ الطفل قد يكون قلقاً جدّاً بسبب الصعوبات التي يواجهها.
- هل تفضّل بعض المواد على أخرى وتجدها أكثر تشويقاً؟ فالأطفال الذين يواجهون صعوبة مع الأرقام مثلاً، لن يحبوا الرياضيات.
- هل تواجه صعوبة في القراءة أو في متابعة ما يقوله المعلم؟
- هل تواجه صعوبة في الإملاء؟
- هل تواجه صعوبة في الرياضيات؟
- هل تواجه صعوبة في سماع ما يقوله المعلم؟ أو في رؤية ما يُكتَب على اللوح؟
- كيف أثرت هذه المشكلة على حياتك؟ ما هو ردّ فعل معلميك ووالديك على الصعوبات التي تواجهها؟

ما يجب أن نلاحظه في أثناء المقابلة

نختبر سمع الطفل وبصره. إذا تمكّن الطفل من الإجابة عن أسئلة نطرحها عليه بصوت عاديّ، فإنّ سمعه طبيعي. أما البصر فيمكننا أن نفحصه إذا طلبنا من الطفل أن يقرأ كتابةً ما على مسافة غير بعيدة، مثلاً أن يقرأ ما كُتب على صورة معلقة على حائط العيادة.

تُقسم الدلائل المحددة لعسر القراءة إلى ثلاثة أنواع: أكاديمية، وحركية، وكلامية

- **الدلائل الأكاديمية.** نطلب من الطفل أن يكتب بضعة أسطر عن أيّ موضوع (مثلاً عن عائلته). ثم نراجع ما كتبه لتقصّي الأخطاء الإملائية، مثل إبدال الأحرف (كما في «ساعة» و «ساحة») أو كتابة الكلمة كما لو كنت تراها في المرآة وقد يرتكب الطفل أخطاءً إملائية بحذف بعض الأحرف أو كتابة الأحرف الخاطئة في كلمةٍ معيّنة. وغالباً ما يكون خطّه غير مرتب. ويمكننا التأكد من الصعوبات الحسابية بأن نطلب من الطفل أن يردّد جداول الضرب. فالأطفال الذين يعانون عسر القراءة يصعب عليهم وضع جداول الضرب بالترتيب الصحيح فيحصلون على الإجابات الخاطئة.

Tohn has a funny tay boat Look
how beg it is! He can play with
it.

خط اليد عند طفل يعاني عسر القراءة

- **الدلائل الحركية.** قد يكون الطفل كثير الحركة، لا يهدأ. وقد يبدو شارد الذهن وينسى الأمور. وقد يبدو «مخدَّراً» أيضاً. يمكننا أن نطلب منه أن يَدلّك على ذراعه الأيمن أو أذنه اليسرى، لنتأكد من أنه يميّز بين اليمين واليسار. قد لا يتمكّن من عقد رباط حذائه أو تزرير قميصه.
- **الدلائل الكلامية.** قد يواجه الطفل صعوبة في فهم التعليمات التي تعطى له، أو في قراءة الساعة، أو في إخبار قصة.

ماذا ينبغي أن نفعل؟

- غالباً ما يتعذب الوالدان لأن الطفل يبدو «طبيعيّاً» ومع ذلك أداؤه سيئ في المدرسة. فهما يقلقان من أن الطفل ربما يعاني تأخراً عقليّاً. نطمئن الوالدين إلى أن الطفل يعاني مشكلة تعلّم وينبغي ألا يؤنّباه بسبب أدائه السيّئ في المدرسة. وأفضل الأمور هو أن نحيل الطفل على اختصاصيّ، لكي يخضع لاختبارات إضافية، قبل أن نعطي أيّ تصريح بشأن مشكلته. نشرح للوالدين أن المشكلة في الدراسة قد تكون ناتجة عن عدة أسباب، وعسر القراءة قد يكون واحداً منها.
- التربية العلاجية (pedagology) هي إحدى طرق التعليم، فهي تساعد الأطفال الذين يشكون من عسر القراءة (ومشكلات أخرى) لكي يتعلّموا بشكل أفضل. ويستطيع أطفال كثيرون، بفضل هذه المساعدة، أن يكملوا دراستهم، وعددٌ كبير منهم يكملها بنجاح. ولا يحتاج الأطفال الذين يشكون من عسر القراءة إلى مدارس «خاصة»، فهي مدارس مخصصة أساساً للأطفال المتأخرين عقليّاً.
- نتحدّث إلى المعلّم عن حاجات الطفل. نشرح له أنّ الطفل لا يشكو من التأخر العقليّ. ويمكن تشجيع المدرسة على إعفاء الطفل من بعض المواضيع أو على التساهل معه في بعض المعايير لوضع نقاط التقييم (بالنسبة إلى الخط مثلاً) (راجع القسم ١٠–٣ للاطلاع على تعزيز الصحة النفسية في المدارس)
- إذا كان الطفل يعاني تأخراً عقليّاً: راجع القسم ٨–١، أما إذا كان يعاني فرط النشاط: راجع القسم ٨–٣.
- نعطي الإرشاد للطفل، فلا بدّ من أنه يشعر بالغضب أو بالتعاسة. نشرح له أنه يعاني مشكلة معيّنة تصعّب عليه أن يتكيّف مع دروسه. ونطمئنه إلى أنه ليس «غبيّاً» وأنه سوف يستطيع أن يتقدّم إذا حصل على المساعدة اللازمة.

متى ينبغي أن نحيل الطفل على مساعدة من اختصاصيّ؟

يجب ألا نلصق أبداً بالطفل تسمية «التأخر العقليّ» أو «عسر القراءة» ما لم نكن واثقين من التشخيص. وهذا ينطبق بشكل خاص على التأخر العقليّ البسيط الذي قد يبدو تماماً مثل عسر القراءة. فنحيل الطفل ليخضع للاختبار على يد عالم نفسيّ تربويّ أو اختصاصيّ في صحة الأطفال. فقد يستطيعان أيضاً أن يرشدانا إلى أماكن تقديم التربية العلاجية في منطقتنا (راجع أيضاً الفصل ١٢). في الإطار ٨–٥ شرح لما يمكنك القيام به إذا لم تتوفّر أماكن متخصصة لنحيل الطفل عليها.

الإطار ٨–٥ ماذا نفعل إذا لم تتوفر أي مصادر مساعدة متخصصة

- نشجع الوالدين على أن يمضيا وقتاً مع الطفل ليساعداه على إنجاز دروسه وفروضه. ومن الألعاب التي قد يمارسها: الرسم ونسخ الأشكال (مثلاً ساعة، أو رجل)، فهذه تمارين مفيدة له.
- نختبر قدرة الطفل على القراءة، والكتابة، والتعامل بالأرقام، قياساً بصف أدنى من الذي ينتمي إليه حاليّاً. فبهذه الطريقة، يمكن أن نحدّد الصفّ الذي ينبغي إدراجه فيه.
- بعدئذٍ، نساعد الطفل على إتقان المواد المتعلّقة بالمستوى الذي هو أقرب إليه.
- إذا بدا انخراطه في المدرسة العادية مستحيلاً، نحاول أن نجد مدرسة مهنيّة يستطيع الطفل أن يتعلّم فيها مهارات تمكّنه من تعزيز فرص عمله في المستقبل.

الإطار ٨–٦ ما ينبغي أن نتذكره عندما نتعامل مع الأطفال الذين يواجهون صعوبات في التعلّم

- الطفل الذي يواجه صعوبات في التعلّم يُحتمل أنه يعاني مشكلة صحية نفسية. فالتأخر العقلي، وفرط النشاط، وعسر القراءة، والإكتئاب، وسوء المعاملة، كلها عوامل قد تؤدي إلى صعوبات في التعلّم.
- عسر القراءة قد يؤدي إلى أداء سيّئ في المدرسة عند الطفل الذي يُعتبر ذكاؤه طبيعيّاً، لأنه يواجه صعوبة معيّنة في القراءة، أو الكتابة، أو الإملاء، أو الرياضيات.
- عسر القراءة هو سبب مهم من أسباب السلوك السيئ والاكتئاب عند الأطفال.
- قد يتطلب اكتشاف عسر القراءة عند الطفل اختبارات متخصصة.
- الأطفال الذين يعانون عسر القراءة ينبغي أن يكملوا دراستهم في مدرسة «عادية». وينبغي أن يعرف معلموهم أنهم يعانون عسر القراءة، أن تُقدَّم لهم المساعدة التربوية الخاصة حيث أمكن.

٨–٣ الطفل الذي لا يستطيع أن يجلس من دون حراك (الحركة الزائدة)

ثمة أطفال كثيرون، لا سيما دون سنّ الخامسة، يجدون صعوبة في الجلوس في مكان واحد لمدة طويلة. فالقدرة على الجلوس في مكان واحد تعكس القدرة على التركيز على عمل معين، مثل قراءة كتاب مثلاً. ومع تطور الأطفال، تُعتبر القدرة على التركيز إحدى الحاجات الأساسية لتعلّمهم وانضباطهم. فإذا لم يقدر الطفل على التركيز، لن يتبع ما يقال له في غرفة الصف، وسيصبح متململاً وكثير الحركة. كذلك، إذا لم ينتبه الطفل إلى ما يريده منه أبواه، فلا بدّ من أن يسيء التصرّف. وبعض الأطفال يصبح كثير الحركة إلى درجة أنه يقوم بأمور خطيرة، كأن يقفز من أماكن مرتفعة مثلاً. في هذه الحالات، قد يعاني الطفل من مرض يسمّى اضطراب النشاط المفرط ونقص التركيز.

٨–٣–١ ما هو اضطراب النشاط المفرط ونقص التركيز ADHD؟



إنه اضطراب شائع عند الفتيان أكثر منه عند الفتيات. ونلاحظ عند الطفل الذي يعاني اضطراب النشاط المفرط ونقص التركيز الأمور الآتية:

- كثرة الحركة، فلا يقدر مثلاً أن يجلس على كرسيّ طوال حصّة كاملة.
- التململ، والثرثرة، ومقاطعة الآخرين.
- صعوبة التركيز أو الانتباه، فلا يستطيع أن ينجز فرضه كاملاً، مثلاً.
- سهولة الالتهاء عن العمل، وعدم إنجاز ما يبدأ به.
- الدفعيّة الاندفاعية ، أي أنه يفعل أشياء فجأة من دون التفكير فيها أوّلاً.
- عدم القدرة على انتظار دوره في لعبة ما أو في التكلّم مع الآخرين.
- ضرورة الانتباه إليه دائماً (يرغب بمزيد من الرعاية والانتباه).
- مشكلات في التعلّم والدراسة.
- قلة النظام والترتيب.

هذه المظاهر السلوكية تكون متطرفة جدّاً إلى حد أنها تؤثر على حياة الطفل بعدة طرق:



- في المنزل، يواجه الوالدان صعوبة في تهذيبه، ويغضبان من سلوكه المتهور ومن عدم إصغائه إليهما.
- في المدرسة، يكون أداؤه ضعيفاً في الدروس ويُغضب المعلّم لأنه لا يستطيع أن يبقى هادئاً ولأنه يقاطع الصف بشكل مستمرّ.
- في اللعب، يُغضب رفاقه لأنه لا ينتظر دوره.

٨–٣–٢ لماذا يُعتبر اضطراب النشاط المفرط ونقص التركيز مشكلة مهمة؟

معظم الأطفال الذين يعانون اضطراب النشاط المفرط ونقص التركيز لا يُصَنَّفون على أنهم يعانون مرضاً، بل تُلصق بهم صفة الولد السيئ السلوك وغير المسؤول، الأمر الذي يُشعرهم بالذنب والتعاسة. كذلك، لا يُقدَّم لهم العلاج المناسب، وبالتالي يكون أداؤهم سيّئاً. فبعض الأطفال يستمرّ في مواجهة مشكلات في التكيّف مع الحياة، حتى بعد أن يكبر. وبعضهم قد تظهر عنده أنشطة سلوكية في سن المراهقة ويبدأ بتناول المخدّرات أو بمعاقرة الخمر. وفي ما بعد، يتورّط البعض منهم في نشاطات غير–اجتماعية (anti social). لذلك فإنّ التعرف إلى هذه المشكلة قد يساعد الوالدَين والمعلِّمِين ليفهموا سبب تصرّف الطفل بهذه الطريقة. فمعرفة سبب المشكلة قد يساعد في تأمين العلاجات الفعالة للطفل.

٨–٣–٣ كيف نتعامل مع هذه المشكلة؟

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على الأسرة

- ما هي المشكلة؟ كثيرون من الأهالي يضيقون ذرعاً بسلوك الطفل. نسأل الأهل عن التفاصيل الدقيقة المتعلّقة بما يفعله الطفل.
- هل يواجه الطفل صعوبة في الانتباه، مثلاً أن ينتبه إلى ما طلبت منه القيام به؟ هل يواجه الطفل صعوبة في البقاء في مكان واحد؟ مثلاً أو هل يواجه صعوبة في الجلوس في مكان واحد إلى أن ينتهي من تناول عشائه أو إنجاز دروسه وفروضه المنزلية ؟
- هل بلغتك أيّ شكاوى من المدرسة؟ في اضطراب النشاط المفرط ونقص التركيز، تظهر المشكلة السلوكية جليّاً في كل مظاهر حياته. فإذا اقتصرت المشكلة على المدرسة وحدها أو على المنزل وحده، قد تكون مشكلة يواجهها الطفل في هذا المحيط بالتحديد، مثلاً إذا كان يعاني مشكلة في التعلّم تصعّب عليه متابعة المعلّم وتدفعه إلى كثرة الحركة في المدرسة دون سواها.
- منذ متى لاحظت هذه المشكلة؟
- ماذا حاولت أن تفعل للتخفيف من حدة المشكلة؟ نسأل عن العنف في العائلة. فعددٌ كبير من الأطفال ذوي النشاط المفرط يتعرّضون للضرب لكي يوقفوا سلوكهم السيّئ.

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على الطفل

- هل كنت تواجه مشكلات في المنزل أو المدرسة مؤخّراً؟ ندع الطفل يعطي وجهة نظره بالنسبة إلى المشكلة.
- هل كنت تواجه صعوبة في متابعة الانتباه إلى المعلّم، مثلاً هل كنت تواجه صعوبة في التركيز على ما يقوله، أو على دروسك؟ هل تجد صعوبة في البقاء في مكان واحد لبعض الوقت، مثلاً أن تقعد على كرسيّك طوال مدة الحصة؟
- وفي المنزل، هل تجد صعوبة في التركيز على الأمور، مثلاً على إنهاء طعامك أو على مشاهدة التلفزيون؟
- هل تغضب من الآخرين؟ هل تشعر بالتعاسة؟
- هل يغضب منك والداك؟ لماذا؟ ماذا يفعلان عندما يغضبان؟

ما يجب أن نلاحظه في أثناء المقابلة

الطفل الذي يعاني اضطراب النشاط المفرط ونقص التركيز قد يكون كثير الحركة ومتململاً ويحاول باستمرار أن يقف ويتجوّل في أرجاء الغرفة. كذلك قد يقاطع ما يقوله الآخرون ويتكلّم من دون أن ينتظر دوره.

ما العمل؟

- نشرح للعائلة (بحضور الطفل) ما هي مشكلة الطفل. ما أن يفهم الوالدان والطفل أنه يعاني مشكلة صحية، سوف يساهم ذلك في إعطاء الأمل لهم جميعاً.
- يحتاج الوالدان إلى النصائح في كيفية التعامل مع تصرّف الطفل في المنزل (الإطار ٨–٧).
- نبعث رسالة إلى معلّم الطفل في المدرسة نشرح له فيها المشكلة. ويمكننا أن تناقش كيفية تعامل المعلّم مع الطفل في الصف (الإطار ٨–٨).
- ثمة دواء اسمه «ميثيلفينيدايت» methylphenidate قد يكون مفيداً لبعض الأطفال. لكن ينبغي ألا يصف هذا الدواء إلا اختصاصيّ في طب الأطفال أو اختصاصي في الصحة النفسية. (راجع القسم الرابع).
- لا نستعمل الأدوية المسكّنة، فهي لن تجلب للطفل إلا المزيد من النعاس وفقدان التركيز.



الإطار ٨–٧ التعامل مع الطفل الذي يشكو فرط النشاط: نصائح للوالدين

ينبغي أن تنصح الوالدين بما يلي:

- قدّما للطفل المزيد من المساعدة ليبقى هادئاً ومنتبهاً في المنزل وفي المدرسة.
- تجنّبا العقاب، فالطفل لا يتصرّف بهذه الطريقة عن قصد.
- عندما يسيء الطفل التصرّف، لا توبّخاه أو تضرباه، فبهذه الطريقة تعطيانه النوع الخاطئ من الانتباه وستزيدان سلوكه سوءاً. عوضاً عن ذلك، جرّبا طريقة «الوقت المستقطع» (راجع الإطار ٨–١٢) أو تجاهلا تصرّفه، أو اتركا الغرفة بكل بساطة (راجع القسم ٨–٥).
- قدّما للطفل المديح والمكافأة عندما يتصرّف بالشكل الصحيح.
- لا تعطيا أوامر كثيرة في الوقت نفسه لأن الطفل لن يتقيّد بما تتوقعان منه. فلا تقولا له مثلاً: «خذ حمّاماً وأنجز دروسك». عوضاً عن ذلك، افصلا بين هذين الأمرين، وبعد أن يفرغ الطفل من القيام بالأمر الأوّل، قدّما له المديح، ومن ثمّ اطلبا منه القيام بالمهمة الثانية.
- خفّفا من تنبيه أعصاب الطفل، فلا تعطياه مثلاً أكثر من لعبة واحدة في الوقت نفسه.
- احتفظا بـ «ملفٍّ فخريّ» لإنجازات الطفل. يمكنكما أن تحفظا فيه الرسوم، والشهادات، والوثائق الأخرى التي تعبّر عن قدرات الطفل.
- ينبغي أن تكون تعليماتكما محدّدة. فحين يبدأ بتناول الطعام مثلا ، لا تقولا له: «كن ولداً لطيفاً»، بل «لو سمحت عليك أن تنهي وجبتك قبل أن تترك المائدة».
- تعتبر الرياضة أو النشاط الجسدي الدوريّ طريقة مفيدة تسمح للطفل بتصريف الطاقة الفائضة عنده.
- حدّدا جدولاً زمنيّاً رتيباً ينظّم النشاطات التي ينبغي أن ينجزها الطفل في أثناء النهار، ولا تتركا له مهمة اتخاذ القرارات.
- أصغيا إلى مشاعر الطفل وأفكاره. فعدد كبير من الأطفال الذين يعانون اضطراب النشاط المفرط ونقص التركيز يشعر بأنه تعيس وبأنّ أحداً لا يفهمه. أظهرا للطفل أنكما تعرفان لماذا يواجه الصعوبات وأنكما تودّان مساعدته وتريدان أن تضمنا له حياة أفضل.
- تجنّبا اصطحابه إلى أماكن مكتظة مثل المخازن الاسواق والأعراس. وإذا اصطحبتماه إلى مثل هذه الأماكن، فكونا مستعدَّين للعودة إلى البيت متى أصبحت مراقبته صعبة.
- خطّطا لبعض النشاطات مسبقاً لئلا يفاجئكم سلوكه ويسبب لكما الأسى.



لا تضرب الطفل



عوضًا عن ذلك، نرسله إلى غرفة أخرى في المنزل يمكنه أن ينفرد فيها مدة ٥ أو ٠١ دقائق.

الإطار ٨–٨ التعامل مع الطالب الذي يشكو من فرط النشاط: نصائح للمعلّمين والمعلمات



ينبغي أن ننصح المعلّمين والمعلمات بالقيام بما يلي:

- الحرص على أن يجلس الطالب بالقرب من مكتب المعلّم لكي يستطيع هذا الأخير إعطاء الاهتمام اللازم لحاجاته. فهكذا، عندما يجلس الطالب في الصف الأماميّ، وكل الطلاب الآخرين وراءه، سوف يكون أقل تعرّضاً للسّهو.
- الحرص على أن يكون الطالب محاطاً بطلاب مسؤولين ومحترمين أكثر من سواهم. شجّع أحد الطلاب المثاليين على مصادقته.
- إبعاده عن العوامل التي تلهيه، فلا تجلسه بالقرب من النافذة أو الباب.
- حين تعطي التعليمات للطالب، اطلب منه أن يعيد التعليمات.
- لتكن تعليماتك واضحة وقصيرة. حاول ألا تغيّر العادات بين يوم وآخر.
- تبسيط التعليمات المعقدة. وتجنب الأوامر التي تتضمن عدة طلبات، وتجزئتها إلى مهمات صغرى وإعطاء الطالب فرصة استراحة بين المهمة والأخرى.
- التأكد من أن الطالب قد فهم تعليماتنا. وإذا لم تكن متأكداً، نكرّر التعليمات.
- طمأنة الطالب إلى أنه يستطيع طلب المساعدة من الآخرين إذا احتاج إليها.
- الحرص على أن يحتفظ الطالب بدفتر يدوّن فيه الفروض التي ينبغي به القيام بها، والتأكد من أنه دوّنها كلها قبل أن يذهب إلى البيت. فهذا سيعزّز التواصل بين الوالدَين والمعلّم أيضاً.
- إعطاء الطالب وقتــاً إضافيّاً في الامتحان، نأخذ ورقته في النهاية، مثلاً؛
- مراقبة الطالب باستمرار في أثناء قيام الطلاب بمهمّةٍ ما.
- عدم إهانة الطالب أبداً، بل نقول له بهدوء إنه أخلّ بقواعد الصفّ واتبع قواعد ثابتة متعلّقة بالنظام (مثلاً، أنه ينبغي به أن يترك الصف مدة خمس دقائق).
- قدّم للطفل المديح والمكافأة دائماً عندما ينجز مهمّةً ما بنجاح. والمديح على الجهد الذي قام به لا يقلّ أهمية عن المديح على الإنجاز الذي حققه.

في القسم ١٠–٣ إرشادات لتعزيز الصحة النفسية في المدارس

متى نحيل الطفل إلى اختصاصيّ؟

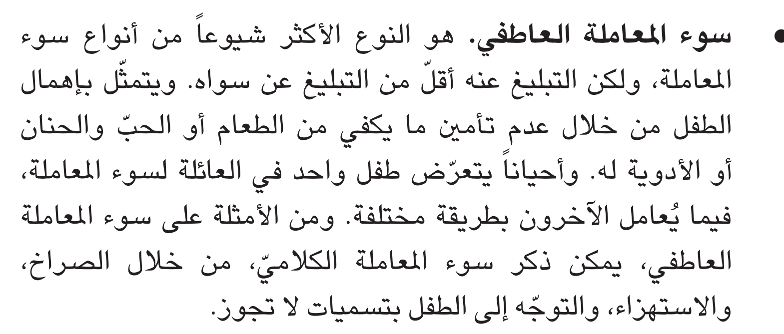
قد يكون من الصعب أن نعالج اضطراب النشاط المفرط ونقص التركيز. لذلك،إذا وجد بالقرب منا مركز متخصص في طب الأطفال أو في الصحة النفسية، نحيل عليه كل الأطفال الذين يعانون هذه المشكلة.

الإطار ٨–٩ ما ينبغي أن نتذكره عندما نتعامل مع طفل كثير الحركة

- عددٌ كبير من الأطفال كثير الحركة وقليل القدرة على الانتباه، لا سيّما منهم صغار السن. وعندما تشتد هذه الحالة، فإنها تؤثر على الطفل في المنزل، وفي المدرسة، ومع أصدقائه. وهذا ما يسمّى اضطراب النشاط المفرط ونقص التركيز ADHD.
- إنّ العلاج الأفضل لاضطراب النشاط المفرط ونقص التركيز هو بنصح الوالدَين والمعلمين عن كيفية التعامل مع هذا السلوك، وعن الخطوات التي يمكن أن يتخذوها للتخفيف من المشكلات التي يواجهها الطفل بسبب نقص القدرة على الانتباه.
- من الضروري العمل مع الأهل على فهم أسباب هذه المشكلة. ففي أحيانٍ كثيرة، يكون سلوك الطفل ردّة فعل على ظروف بيئية صعبة. ويمكننا مساعدة الطفل عن طريق تأمين بيئة داعمة وآمنة.
- يُنصح بإحالة الطفل على اختصاصيّ – إذا وُجد. وثمّة أدوية يمكن أن تفيد أحياناً عدة أطفال يشكون من اضطراب النشاط المفرط ونقص التركيز، ولكن ينبغي ألا يصفها إلا اختصاصيّ.

٨–٤ الطفل الذي تعرّض لسوء المعاملة





إنّ إساءة معاملة الطفل هو ممارسة يمكن أن تؤذي صحة الطفل النفسية والجسدية أو تطوره. ويكون سوء المعاملة عن طريق الأشكال الآتية:

- **سوء المعاملة العاطفي.** هو النوع الأكثر شيوعاً من أنواع سوء المعاملة، ولكن التبليغ عنه أقلّ من التبليغ عن سواه. ويتمثّل بإهمال الطفل من خلال عدم تأمين ما يكفي من الطعام أو الحبّ والحنان أو الأدوية له. وأحياناً يتعرّض طفل واحد في العائلة لسوء المعاملة، فيما يُعامل الآخرون بطريقة مختلفة. ومن الأمثلة على سوء المعاملة العاطفي، يمكن ذكر سوء المعاملة الكلاميّ، من خلال الصراخ، والاستهزاء، والتوجّه إلى الطفل بتسميات لا تجوز.
- **سوء المعاملة الجسديّ.** إنّ عدداً كبيراً من الأهل يلجأ إلى صفع الطفل بهدف تهذيبه. غير أن العقاب الجسدي كلما كان حادّاً وكلما كثر اللجوء إليه يتسبّب بضرر أكبر لصحة الطفل العاطفية والنفسية. ويتعرّض بعض الأطفال أحياناً للضرب المبرح إلى حدّ أنه يصاب بكسر في العظم أو بجروح خطيرة.
- **سوء المعاملة الجنسي.** هو النوع الأكثر إيذاءً من أنواع سوء المعاملة. وهو يتمثّل بأن يستغلّ شخص بالغ الطفل جنسياً. قد يلمس الطفل عند أعضائه الجنسية، أو يرغم الطفل على لمس أعضائه الجنسية، أو حتى يحاول ولوج الطفل أو ينظر إليه عاريا أو يستخدم الانترنت من اجل هذه الأهداف.

٨–٤–١ لماذا يتعرّض الأطفال لسوء المعاملة؟

الفتيان والفتيات قد يتعرّضون لسوء المعاملة على حدّ سواء. أمّا الشخص الذي يسيء معاملة الطفل فغالباً ما يكون من الأشخاص الذين يعرفهم الطفل معرفة جيدة، مثل الأب أو الأخ أو العمّ أو أيّ رجل آخر من الأقرباء أو أصدقاء العائلة أو الخدم أو حاضني الأطفال أو الجيران أو حتى المؤسسات العاملة مع الأطفال. فالشخص البالغ يستفيد من العلاقة القريبة التي تربطه بالطفل ومن السلطة التي يتمتع بها عليه. إنّ العائلات التي تشهد سوء المعاملة غالباً ما تشهد أشكالاً أخرى من أشكال العنف (كأن يمارس الأب العنف تجاه الأم). وعددٌ كبير من الأشخاص الذين يمارسون سوء المعاملة هم من الأشخاص الذين تعرّضوا لسوء المعاملة في طفولتهم. (لحماية الأطفال انظر «دليل حماية الطفل في المنظمات». انظر المرجع).

وقد يتعرّض الطفل لسوء المعاملة على يد شخص غريب، ولكنّ هذا أقلّ حدوثاً. ففي بعض الحالات، قد يُستغلّ الأطفال المعرّضون أصلاً (أطفال الشوارع)، لأهداف جنسيّة على يد أشخاص بالغين (راجع القسم ٩–٧). وهذا الأمر مقلقٌ بشكل خاص من بعض المناطق في العالم حيث يؤدي النشاط السياحي والتطور المدني السريع إلى تفكّك الشبكات الاجتماعية التي تحمي الأطفال. ومعظم الأشخاص الذين يسيئون معاملة الأطفال هم من الرجال. بعضهم غير ناضج، ووحيد ومنعزل وربما يعاني مشكلة شرب أو مخدرات، ولكنّ معظمهم لا تبدو عليهم مظاهر الغرابة، ولا يتصرّفون بشكل غير اعتيادي.

٨–٤–٢ كيف يتأثر الأطفال بسوء المعاملة؟

هذا وقف على نوع الاستغلال وحدّته. فإذا وجّه أب إلى طفله صفعة عابرة، (مع أنه عادةً أبٌ محبٌّ ومساند)، فلن يكون لتلك الصفعة آثاراً سلبيةً كبيرةً وعميقةً عادةً. أمّا سوء المعاملة الجسدي المتكرر فقد يؤدّي إلى مشكلات حادّة.

- **الصحة الجسدية.** الإصابات، مثل الرضّات أو الجروح والكسور والحروق بالسجائر، وفي الحالات الحادة قد يكون الموت.

- **الصحة الجنسية.** الإصابات في الأعضاء التناسلية والحمل والأمراض المنقولة جنسيّاً، كلها أمور محتملة.
- **الصحة النفسية.** الأطفال الذين يتعرّضون لسوء المعاملة غالباً ما يظهر عليهم الخوف والعدوانية وقلة التركيز والإكتئاب والسلوك اللا–اجتماعي والتبول اللا–ارادي.
- **الأداء المدرسي.** الأطفال الذين يتعرّضون لسوء المعاملة قد يتراجع أداؤهم المدرسي.

٨–٤–٣ متى ينبغي أن نشتبه في أن الطفل يتعرّض لسوء المعاملة؟

سوء المعاملة الجسدي



ينبغي أن نشتبه في أنّ الطفل أو الطفلة يتعرّض لسوء المعاملة الجسدي في الحالات الآتية:

- إذا بدا شديد الخوف.
- إذا ابتعد عن الأطفال الآخرين ولم يرغب في اللعب.
- إذا كان سلوكه عدوانيّاً أو إذا أزعج الأطفال الآخرين.
- إذا هرب من المنزل أو من المدرسة.
- إذا كذب أو سرق.
- إذا كان أداؤه في المدرسة ضعيفاً.
- إذا أكثر من البكاء من دون سبب ظاهر.
- التبول في الفراش أيضا قد يعد دليلاً على سوء المعاملة.

سوء المعاملة الجنسي



ينبغي أن نشتبه في أنّ الطفل أو الطفلة يتعرّض لسوء المعاملة الجنسي في الحالات الآتية:

- إذا كان منقطعاً عن زملائه وبدا حزيناً.
- إذا صدر عنه سلوك جنسي لا سيما في اللعب، أي إذا لمس أعضاءه الجنسية أو لعب بها في العلن.
- إذا كان يعرف عن الأمور الجنسية أكثر مما يتوقع منه في عمره.
- إذا عاد يتبوّل أو يتغوّط في الفراش بعد أن سيطر على هاتين الوظيفتين.
- اصبح أداؤه المدرسي ضعيفاً.
- إذا أصبح مقرّباً من البالغين أكثر من السابق.
- إذا حاول الانتحار.
- إذا كان يخاف من البالغين في عائلته من دون أيّ سبب واضح.
- إذا كان لا يثق بالآخرين.
- إذا بدأ يتناول المخدرات ويشرب الكحول.
- إذا أصيب بالتهاب البول بشكل متكرّر، أو إذا شعر بالألم في أثناء التبوّل، أو إذا ظهرت عنده التهابات أو إصابات أخرى في الأعضاء الجنسية.



سوء المعاملة العاطفي



ينبغي أن نشتبه في أنّ الطفل يتعرّض لسوء المعاملة العاطفي في الحالات الآتية:

- إذا لم يكن تطور الطفل ونموّه طبيعيَّين (راجع القسم ٨–١).
- إذا فقد الوزن من دون أيّ سبب طبيّ وجيه.
- إذا مرض بشكل مستمرّ.

- إذا كان تطوّر اللغة عنده بطيئاً، أي أنه لم يتوصّل إلى التكلّم بالشكل المتوقع منه في عمره.
- إذا كان سلبيّاً ولا يتفاعل مثل الأطفال الآخرين.
- إذا كانت عنده مشكلات في التغذية.
- إذا تصرّف مثل الأطفال الأصغر سنّاً (أي إذا تصرّف طفل بعمر ست سنوات كطفل بعمر ثلاث سنوات).
- إذا حاول إيذاء نفسه.
- إذا هرب من المنزل.
- إذا كان أداؤه في المدرسة ضعيفاً.
- إذا بدا عليه الخمول، وقلة النشاط.

تجدر الإشارة إلى أنّ الدلائل الواردة أعلاه هي الدلائل المرتبطة نموذجياً بأنواع مختلفة من سوء المعاملة. غير أنها قد تتداخل، فالهرب من المنزل قد يكون دليلاً على سوء المعاملة الجنسي، كما أنّ التبوّل في الفراش قد يكون دليلاً على سوء المعاملة الجسديّ والعاطفي والنفسي. (كثيرا ماً تساعد رسومات الأطفال في التعرّف على احتمال سوء المعاملة. ففي حالة سوء المعاملة الجنسية، كثيراً ما تظهر في رسومات الأطفال صوراً لأعضاء جنسية وتناسلية).

٨–٤–٤ كيف نتعامل مع هذه المشكلة؟

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على أفراد العائلة أو الأصدقاء

قليلون هم البالغون الذين يبلغون عندما يشتبهون في أنّ طفلاً من معارفهم يتعرّض لسوء المعاملة. فإذا اشتبهنا في أنّ الطفل يتعرّض لسوء المعاملة، من المهم أن نسأل الشخص البالغ بشكل صريح وواضح:

- هل تشتبه أو تعرف ما إذا كان هذا الطفل يتعرّض للأذى بطريقة أو بأخرى على يد شخصٍ آخر؟ (فليكن سؤالنا أكثر تحديداً، إذا أمكن. نسأل عن الأنواع الثلاثة من سوء المعاملة. ولا نهمل السؤال عن سوء المعاملة العاطفي لمجرّد أنه يبدو أقلّ «خطراً» من سوء المعاملة الجنسي أو الجسدي).
- من يؤذي الطفل برأيك؟ ومتى بدأ ذلك؟
- هل تأذّى الطفل جسديّاً؟ وما مدى خطورة الأذى؟ وما الإجراءات التي اتُّخذت حيال هذا الأمر؟
- هل أطلعت شخصاً آخر على هذه المعلومات؟ مَن؟
- هل أخبرت الشخص (الذي يمارس سوء المعاملة) بأنك قلق حيال ما يجري؟ إذا كان الجواب «نعم»، فما كان ردّ فعله؟
- مَن المسؤول عن رعاية الطفل؟ إذا كان المسؤول هو نفسه الذي يمارس سوء المعاملة، (نسأل عمن يمكن أن يستطيع الأخذ على عاتقه مسؤولية الطفل).

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على الطفل

- أحياناً يؤذي بعض الأشخاص البالغين الأطفال، فهل أذاك أحد البالغين مؤخّراً؟
- إذا كان الجواب «نعم»، فمن هو الشخص؟ إذا خاف الطفل من الإجابة، لا نجبره، بل ننتقل إلى السؤال التالي.
- كيف أذاك هذا الشخص؟ وهل حصل ذلك غالباً؟
- ما هو شعورك حيال هذا الأمر؟
- هل أخبرت شخصاً آخر بهذا؟ مَن؟ وماذا قال لك؟



نصائح خاصة للمقابلة

- من الصعب أن نجري مقابلة مع طفل لنعرف ما إذا كان يتعرّض لسوء المعاملة. وأفضل ما يمكن أن نفعله هو أن نطلب من عامل صحي عنده الخبرة الكافية، أن يتحدّث إلى الطفل. فإذا أمكن، نتصل باختصاصيّ في صحة الأطفال أو أيّ عامل صحي آخر سبق أن عمل مع الأطفال الذين تعرّضوا لسوء المعاملة.
- لا نطرح على الطفل أيّ أسئلة عن سوء المعاملة قبل أن نكون قد بنَينا الصلة معه وكسبنا ثقته. وإذا تطلّب الأمر، نقضي المزيد من الوقت معه. واستعمال الألعاب قد يساعد الطفل ليكون مرتاحاً.
- نتحدّث إلى الطفل بهدوء. نوضح له أنه يستطيع أن يطرح الأسئلة عن أيّ موضوع يريده.
- نجري المقابلة مع الطفل بحضور والدته أو أيّ شخص بالغ آخر، ونحرص على ألا يكون هو الذي يحتمل أن يكون أساء معاملة الطفل، بل ليكن شخصاً يثق به الطفل.
- لا نلقي الاتهامات أو التهديدات ضدّ أيٍّ كان. فقد نرعب الطفل وندفع بالبالغين إلى الاشتباه في نوايانا.
- ينبغي تصديق الطفل في ما يقوله وعدم لومه.
- ينبغي طمأنة الطفل وإبعاد مشاعر الذنب عنه، والتعاطف معه.

ما يجب أن نلاحظه في أثناء المقابلة

الطفل الذي تعرّض لسوء المعاملة، أو الطفلة، قد يكون حساساً جدّاً حيال الفحص الجسدي الذي نريد أن نجريَه له. فعلينا احترام خصوصيته، ونشرح له ماذا نفعل ولماذا. وعلينا إجراءِ الفحص بحضور فرد من أفراد العائلة يثق به الطفل أو الطفلة. ندوّن ما نكتشفه بالتفصيل، فقد تكون ملاحظاتنا مهمة جدّاً في حال أجرت الشرطة تحقيقاً في الموضوع. وينبغي أن يتضمن الفحص الجسدي الكامل ما يلي:

- الوزن والطول (لكي تبحث عن إشارات إلى أنّ الطفل لا يتطور كما يجب).
- أيّ إصابات في الجسم.
- أيّ إصابات أو التهابات في الأعضاء الجنسية – نفحص دائماً المنطقة الشرجية أيضاً، لا سيما عند الفتيان.
- الاهتمام باللغة الرمزية في رسومات عند الأطفال خاصة في ما يتعلق بالاعتداء الجنسي وتدريب العاملين الصحيين على التعامل مع الرسومات وفهمها. (انظر: «دليل حماية الطفل في المنظمات»).

ما العمل على فوراً؟



- ينبغي أن تكون أولى أولوياتنا صحة الطفل وسلامته. فإذا اشتبهنا في أن حياة الطفل في خطر، نحيله فوراً على مكان يكون فيه بأمان. قد يكون هذا المكان عند أحد أفراد العائلة، أو في مستشفى قريب، أو عند منظمة تعمل مع الأطفال.
- نشرح للبالغين القلقين أنّ سوء معاملة الطفل هو جرم بالغ الخطورة، وأنّ الشرطة قد تتخذ إجراءات قانونية بحق الشخص الذي يمارسه، في حال قُدّمت شكوى بالموضوع. ندوّن بدقة ما قيل في خلال المقابلة. وقبل أن نبلغ الشرطة، نفكّر في احتمال أن يزيد ذلك المسألة سوءاً (إذا كان الشخص الذي يمارس سوء المعاملة هو المعيل الوحيد للعائلة، فكيف ستعيش العائلة بعد أن يدخل هو السجن؟). أمّا نقل الطفل إلى مكان آمن (مثل منزل أحد الأقرباء) فقد يكون حلاً موقتاً. في بعض المناطق، يفرض القانون على العاملين الصحيين أن يبلغوا الشرطة بحالات سوء معاملة الأطفال. ففي هذه المناطق، علينا أن نحيط الشرطة علماً بالأمر وندع الإجراءات القانونية تأخذ مجراها.

الإطار ٨–١٠ كيف نساعد الطفل أو الطفلة الذي تعرّض لسوء المعاملة؟

نساعد الطفل على أن ينمي شعوراً إيجابيّاً تجاه نفسه

- نطمئن الطفل إلى أنه ليس مسؤولاً عن سوء المعاملة.
- نخبره عن الجوانب الايجابية والقوية في سلوكه وعواطفه.
- نقترح على الطفل أن يقوم بنشاطات يحبّها، مثل اللعب مع الأصدقاء.

نساعد الطفل لكي يثق بنا

- نكون شخصاً يستطيع الطفل أن يتحدّث معه بثقة.
- نمضِي بعض الوقت مع الطفل على انفراد (انظر دليل حماية الطفل).
- نظهر الحب والحنان للطفل، ولكن نتذكّر أن نكون حذرين بالنسبة إلى اللمس الجسدي
- نساعد الطفل حتى يجد قاسماً مشتركاً معنا ولكي يعبّر عن مشاعره.
- نلعب معه ألعاباً تقضي بأن يسمّي الشخص مشاعره وعواطفه.
- نقرأ له الكتب التي تشغل عواطفه.
- نتحدّث مع الطفل عن العواطف التي يشعر بها وعن سبب هذا الشعور.
- نعلّم الطفل طرقاً تساعده في السيطرة على الغضب، مثل أن يلعب بالألعاب إلى أن يهدأ.

نساعد الطفل على وضع خطة لسلامته

- إذا توافر رقم هاتف للشرطة المحلية، ندوّنه حيث يمكن أن يجده الطفل بسهولة.
- نختار صديقاً أو أحد الجيران يمكن أن يذهب الطفل إليه لطلب المساعدة.
- نساعد الطفل على أن يتعلّم أن يقول «لا» للبالغين.

الرسائل المطمئنة للأطفال

- أنا أهتمّ لأمرك.
- أنا أحترمك.
- أنت شخص جدير بالحب.
- أنت تتمتّع بنقاط قوة كثيرة.
- جيّد أنك أخبرتني، فالآن يمكننا أن نحرص على ألا تتأذى من جديد.
- معظم البالغين لا يؤذون الأطفال أبداً.
- يمكنك أن تقول «لا» إذا لمسك أحدٌ ما بطريقة لا تعجبك، حتى لو كان ذلك الشخص المعلم أو الخادمة أو أيا يكن.

- نتحدّث إلى أفراد العائلة المؤهلين، ونشرح لهم لماذا نشتبه في سوء المعاملة. فكثيرون هم الأهل الذين لا يدركون أنّ تصرّفاتهم قد تكون مؤذية لصحة الطفل إلى هذا الحدّ. وقد نستطيع أن نُحدث تغييراً في تصرّفاتهم بمجرّد أن نطلعهم على مخاطر تعريض الطفل للضرب أو إهمال حاجاته العاطفية. وغالباً ما تولد في البيوت حلقة من العنف، فعندما يضرب الأهل أطفالهم، يسيء الأطفال التصرّف أكثر فأكثر، ما يؤدّي إلى ضربهم من جديد.
- يخف سوء المعاملة بعد التدخل و يحتاج لوقت طويل ليزول.

إذا اشتبهنا في سوء المعاملة، فلن تتقبل العائلة هذا الأمر بسهولة، خصوصاً إذا كان الشخص الذي يمارس سوء المعاملة شخصاً مقرّباً من العائلة. ولا نتهم أحداً، بل نصارح العائلة بمخاوفنا، ونشدّد على أنّ صحة الولد ستزداد سوءاً إذا استمرّ سوء المعاملة.

- نعلّم الطفل كيف يضمن سلامته الشخصية. نشرح له أنّ سوء المعاملة ليس ذنبه، وأنه ليس عليه أن يشعر بالذنب لأنه تحدّث عن الموضوع (راجع أيضاً الإطار ٨–١٠). ومن الضروريّ أن نحرص على ألا يحدث هذا الأمر مجدّداً. نقترح على الطفل الخطوات الآتية التي قد تساعده على منع سوء المعاملة من الحدوث مرة أخرى:
  - نقول للشخص الذي يسيء معاملتنا ألا يلمسنا، ونقول ذلك بلهجة حازمة.
  - نهرب من الشخص الذي يسيء معاملتنا، ونذهب إلى شخص بالغ آخر يمكنه أن يحمينا.
- نساعد العائلة لتكون على اتصال بموارد الدعم المحلية، مثل مجموعات دعم الأطفال أو مجموعات الدعم ضد العنف المنزلي أو جمعيات الخدمات الاجتماعية أو موارد الدعم القانوني أو منظمات حماية الأطفال أو الشرطة أو الاختصاصيين الصحيين (راجع الفصل ١٢).



متى ينبغي أن نحيل الشخص على اختصاصيّ؟

إذا استمرّ سوء معاملة الطفل أو إذا كان خطيراً جدّاً، نحيل الطفل على اختصاصيّين في صحة الأطفال ونحرص على إبلاغ الشرطة.

ما العمل بعدئذٍ؟

نبقى على اتصال وثيق بالطفل والعائلة ونقابلهم دوريّاً لمدة ستة أشهر على الأقلّ. غالباً ما يتوقّف سوء المعاملة ما إن تتمّ مناقشته بصراحة. أما إذا لم يتوقف، فقد نحتاج إلى تشجيع العائلة على اتخاذ الإجراءات اللازمة لتوقفه. نتحدّث إلى الطفل في كل مرة، فكثيرون من الأطفال يُشفون من الصدمة، ولكن بعضهم تظهر عنده مشكلات صحية نفسية وقد يحتاج إلى مساعدة اختصاصيّ من العاملين الصحيين أو المرشدين المتخصصين بمشكلات الأطفال.

الإطار ٨–١١ ما ينبغي أن نتذكره عندما نتعامل مع سوء معاملة الأطفال

- إنّ سوء معاملة الأطفال أكثر شيوعًا مما تشير إليه الإفادات التي يتقدّم بها الأطفال. فمعظم الأطفال يخاف أو يشعر بالإحراج حيال إطلاع شخص بالغ على هذا الأمر.
- إنّ الأشخاص الذين يمارسون سوء المعاملة هم في أغلب الأحيان من الأشخاص الذين يعرفهم الطفل، لا سيما الأب، أو العم، أو الأخ، أو الخادم في المنزل، أو صديق للعائلة.
- قد يتعرّض الفتيان والفتيات لسوء المعاملة على حدٍّ سواء.
- قد يكون سوء المعاملة جسديًا، أو عاطفيًا، أو جنسيًا. وكل أنواع سوء المعاملة هذه قد تؤذي الصحة الجسدية والنفسية للطفل.
- معظم الأشخاص الذين يمارسون سوء المعاملة يتوقفون عنها ما إن يُكتشف أمرهم. وإذا اشتبهنا في وجود سوء المعاملة، من المهم أن نعطي علماً للأهل على الفور.
- لا نشكّ أبداً في تصريحات الطفل بأنه يتعرّض لسوء المعاملة، بل نأخذ الأمر على محمل الجدّ.

٨–٥ الطفل الذي يسيء التصرّف

معظم الأطفال يصبح غير مطيع أو يرفض أن يلتزم بقوانين العائلة في فترة ما من فترات حياتهم. وكثير من الأطفال، لا سيما الذين لم يتعدَّ عمرهم أربع سنوات، يفقدون أعصابهم ويصابون بنوبة من الغضب إذا لم يحصلوا على ما يريدون. ولكن معظم الأطفال يتخطى هذه المرحلة، فكثير من الأهل يدرك أن هذا السلوك على مرحلة طبيعية من مراحل الطفولة، ويعرف أنّه إذا تعاطى معه بمزيج من الحبّ والانضباط، فهذا يساعد على إبقاء تصرفات الطفل «تحت السيطرة». غير أنّ بعض الأهل قد يقلق جدّاً ويطلب المساعدة. لذلك، من الضروري أن نعرف متى يصبح سوء التصرّف عند الأطفال مشكلة صحية.



قد يسيء الأطفال التصرّف بعدة طرق: يتشاجرون مع الآخرين، أو يرتكبون الجنايات، أو يدمنون المخدّرات.

٨–٥–١ متى يُعتبر سوء التصرّف مشكلة صحية؟

يعتبر سوء التصرّف عند الأطفال مشكلة صحية في الحالات الآتية:

- إذا استمرّت المشكلة وقتاً طويلاً (أكثر من ستة أشهر).
- إذا نتج من المشكلة خرق متكرّر للقواعد العائلية والاجتماعية، مثل الكذب.
- إذا ترافقت المشكلة مع تصرّفات عدوانية خطيرة تجاه الآخرين، مثل الضرب أو سوء المعاملة.
- إذا ترافقت المشكلة مع تصرّفات قد تكون جرمية، مثل السرقة.
- إذا ترافقت المشكلة مع تغيّب عن المدرسة أو أداء مدرسيّ ضعيف.

عندما يكون سوء التصرّف عند الطفل خطيراً جدّاً، يسمّى اضطراب السلوك.

٨–٥–٢ لماذا يسيء الأطفال التصرّف؟

يشعر أهل كثيرون بأنّ السبب هو أنّ الطفل سيّئ. لكنّ هذا ليس صحيحاً أبداً. أمّا السبب الأساسيّ وراء المشكلات السلوكية عند الطفل فهو الطريقة التي علّم فيها الأهل طفلهم قواعد النظام. تجدر الإشارة إلى بعض الحالات التي تؤدي إلى مشكلات سلوكية:

- في العائلات التي تشهد العنف المنزلي، يتعلّم الطفل أنّ هذه إحدى الطرق التي يتعامل فيها البالغون مع شعورهم بالغضب والتعاسة، فيتصرّف بالطريقة نفسها.
- عندما لا يكون الوالدان ثابتَين في الطريقة التي يتبعانها ليعلّما ابنهما الانضباط، فلا يعود الطفل متأكدّاً مما إذا كان التصرّف صحيحاً أم خاطئاً.
- عندما يُهمَل الطفل، يتعلّم أنّ سوء التصرّف هو الطريقة الوحيدة ليلفت الانتباه.
- إذا كان الطفل يتناول المخدّرات، فقد يسرق المال لشرائها.

أحياناً يعاني الأطفال مشكلات سلوكية بسبب مشكلة صحية نفسية أخرى، مثل فرط النشاط (راجع القسم ٨–٣) أو عسر القراءة (٨–٢).

الحالة ٨–١ كيف خرج سيف عن «السيطرة»؟

سيف هو الولد السادس في عائلة من ثمانية أولاد. وكان أبوه يعمل في مكان بعيد عن قريتهم، ولا يأتي إلى البيت إلا مرة في السنة ويبقى شهراً واحداً، وكلما أتى كان يشعر بالتعب والتعاسة. وكان يشرب كثيراً ويتشاجر مع زوجته. وغالباً ما رأى سيف أباه يضرب أمَّه. كان الأب صارماً جدّاً مع الأطفال في أثناء وجوده في البيت، فيُسعد الجميع، سرّاً، عندما يعود للعمل. أمّا الأم التي كانت ترهق نفسها بشغل البيت، بالإضافة إلى عملها في مخزن قريب، فلم يكن لديها الوقت الكافي لتهتم بتربية أولادها. بدأ سيف يتغيّب عن الصف في التاسعة من عمره. وجّهت المعلمة تنبيهاً إلى الأم قائلةً إنّ سيف سوف يُطرد من المدرسة. فضربت الأمّ ابنها ضرباً شديداً، ثمّ راحت تبكي وتقول إنها خائفة لأنّ الأب سوف يلومها إذا ما انحرف سيف. وحاول سيف أن يتفهّمها، إلا أنه كان غاضباً منها، فظل يتغيّب عن صفوفه، ورسب في امتحاناته تلك السنة. وعندما جاء الأب إلى البيت، ساءت الأمور أكثر. وفي أحد الأيام، هرب سيف من البيت، وقضى بضع ليالٍ مع أحد أصدقائه. ولكنه اشتاق إلى البيت فعاد، ولم يحظَ هناك إلا بالمزيد من الضرب. فصار يقضي وقتاً أطول خارج المنزل، ويغيب عن المدرسة كثيراً. وكان يمضي الوقت مع أصدقائه، يدخّن السجائر ويسرق من المخازن. وفي يوم من الأيام، اقترح أحد الأصدقاء أن يدخّنوا بعض الهيروين التي حصل عليها من تاجر كان يمرّ في القرية. وسرعان ما أدمن سيف هذا المخدّر، وصار يحتاج إلى تناوله كل يوم. فراح يسرق المال لكي يرضي حاجته، إلى أن قبضت عليه الشرطة في أحد الأيام. أرسل سيف إلى سجن الأحداث، في مدينة بعيدة عن القرية، وكان عمره ستّ عشرة سنة.



٨–٥–٣ كيف نتعامل مع هذه المشكلة؟

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على العائلة أو الأصدقاء

- ما هي المشكلة؟ أين، ومتى، ومع مّن يحصل سوء التصرّف؟ قد يقول الأهل ببساطة إنّ الطفل يسيء التصرّف. نستكشف ما يعنونه بهذا الكلام.
- منذ متى نلاحظ هذا الأمر؟ وكيف أثّر على العائلة؟ وعلى دروس الطفل؟ كلما طالت الفترة، كانت المشكلة أشدّ خطراً.
- لماذا يتصرّف الطفل بهذه الطريقة برأيكم؟ وماذا نفعل عندما يتصرّف هكذا؟ نحاول أن نعرف الطريقة التي يعلّم بها الأهل طفلهم الانضباط. نطرح هذا السؤال على كل من الأبوين على حدة، فقد يتبين منه وجود موقفين مختلفين أو طريقتين تربويّتين مختلفتين.
- هل تضربان الطفل؟ كثيراً؟ بماذا؟ إنّ تعليم الانضباط باستعمال العنف قد يزيد المشكلة السلوكية سوءاً
- ماذا تنويان أن تفعلا لتغيّرا الوضع؟ ما الذي تريدان أن يفعل الطفل ليغيّر الوضع؟

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على الطفل

- هل تشعر بأنّ سلوكك سيّئ؟ ما هو السيئ فيه؟ لقد سمع الطفل أبويه يشتكيان منه: نعطيه الفرصة الآن ليجيب.
- هل أنت غاضب من أبويك؟ لماذا؟ إذا حاولنا أن نكتشف الصعوبات من وجهة نظر الطفل، يمكن أن يساعدنا ذلك على تحديد الحل.
- هل كنت تتشاجر مع أطفال آخرين؟ أو هل كنت تتورّط في مشكلات في المدرسة؟
- ماذا تنوي أن تفعل لتغيّر الوضع؟ ماذا تريد أن يفعل أبواك ليغيّرا الوضع؟

هذه الأسئلة التي نطرحها على الأهل والطفل سوف تساعدنا لكي نعرف مدى استعدادهم لتحقيق السلام في البيت.

نصائح للمقابلة



معظم المشكلات السلوكية عند الأطفال يرتبط بالمحيط العائليّ: نقابل الطفل وأفراد العائلة معاً. ونراقب تفاعل كلٍّ منهم مع الآخر. فقد نلاحظ بعض الغضب بين الأبوين والطفل. وفيما يتكلّم أحد الوالدين، فقد تَدلُّنا تعابير وجه الطفل إلى ما يشعر به حيال ما يقال. قد يكون الطفل جريئاً أو حزيناً. نقول له دائماً أنّ رأيه يساوي رأي والديه أهمّيةً.

ما العمل؟

- نطمئن العائلة (بحضور الطفل) إلى أنّ المشكلات السلوكية شائعة وأنها ليست دليلاً على أنّ الطفل «سيّئ».
- العلاج الأساسيّ هو بأن تشرح للعائلة قواعد تربية الأطفال (راجع الإطار ٨–١٢). ينبغي أن نقدّم المديح أو المكافأة للطفل عندما يتصرّف بشكل جيّد، أمّا السلوك السيّئ فينبغي تهذيبه وضبطه. وينبغي أن تكون قواعد الانضباط واضحة وثابتة، بحيث يتصرّف جميع البالغين بالطريقة نفسها مع الطفل. إنّ «الوقت المستقطع» (راجع الإطار ٨–١٢) وتجريد الطفل من الامتيازات هما الطريقتان الأكثر فعاليةً لتعليم الطفل قواعد الانضباط. أما العنف وسوء المعاملة فهما الطريقتان الأقل فعالية. وينبغي أن يُعطى الدرس السلوكي مباشرة بعد أن يصدر التصرّف السيّئ عن الطفل.

- إنّ تعليم الطفل الانضباط يتطلب الصبر والوقت لكي يعطي نتيجة. فلا نتوقّع المعجزات. وتعليم الانضباط يصبح أصعب إذا تواجد مع مشكلات عائلية أخرى، مثل المشكلات الزوجية. في هذه الحال، ينبغي أن نعمل على معالجة المشكلات الأخرى أيضاً (راجع القسم ١٠–٧)
- بعد أن نطلب الإذن من الأهل، نخبر الأصدقاء أو كبار السن في العائلة عن المشكلات. وإذا كان معلمو الطفل قلقين، نتحدّث إليهم عن السبب الذي يدفع بالطفل إلى أن يسيء التصرّف.
- لا نستعمل الأدوية حتى ولو شعرنا بأن الطفل يحتاج إلى ما «يهدّئه».
- إذا كان الطفل يعاني مشكلات في التعلّم أو في التركيز، نفكّر في احتمال عسر القراءة أو فرط النشاط (راجع القسمين ٨–٢ و ٨–٣).
- نقابل العائلة كل أسبوعين. وفي كل لقاء، نراجع سلوك الطفل. إذا لم نشهد أيّ تحسّن، نحاول أن نعرف السبب. وغالباً ما يكون السبب أنّ الأهل والطفل لا يحترمون الاتفاق الذي عقدوه.



كيف يمكن التفاوض لإبرام عقد سلوكي؟ يسأل العامل الصحي أو الاجتماعي الطفل في العائلة عما يريد من أبويه أن يسمحا له بفعله، وعما هو مستعدٌّ ليقدّمه لهما. يخبر العامل الصحي الوالدين بأنّ من الضروريّ أن يعرفا أنّ الطفل ينسخ تصرّفاته عن تصرّفاتهما. فإذا ضرباه أو صرخا بوجهه، سوف يتعلّم أنّ هذه هي الطريقة التي ينبغي أن يتصرّف بها عندما يكون غاضباً. ينهي العامل الصحي أو الاجتماعي الجلسة بدعوة أفراد العائلة إلى المجيء إليه من جديد بعد أسبوعين، ليرى كيف التزموا بالعقد.

متى ينبغي أن نحيل الطفل على اختصاصيّ؟

نحيل الطفل على اختصاصي في الصحة النفسية أو في صحة الأطفال في الحالات الآتية:

- إذا كان ثمة خطر أن يؤذي الطفلُ الآخرين (أو نفسه، من خلال تناول المخدّرات مثلاً).
- إذا كانت عائلة الطفل تعاني مشكلات حادة، مثل العنف الشديد أو سوء المعاملة الأقصى.
- إذا لم تعطِ تدخلاتنا فائدة.

الإطار ٨–١٢ تعليم الأطفال قواعد الانضباط: ما هي الخطوات المفيدة والخطوات غير المفيدة؟

بصفتك عاملاً صحيّاً، ينبغي أن تكون قادراً على إعطاء النصائح للأهل حول كيفية تعليم الطفلا قواعد الانضباط. ولا شكّ في أنّ هذا سيساعدك أيضاً في تمثيل دورك كأب أو كأم! ينبغي أن يقبل معظم الأهل النقاط الواردة أدناه، لا سيما إذا شرحتَ لهم كيف تساعدهم هذه النقاط في تحسين سلوك أطفالهم.

- **نقدّم المديح للسلوك الجيّد.** قولا بوضوح ما هو التصرّف الذي تمدحانه عليه وما هو شعوركما حياله. يمكنكما أن تقولا مثلاً «أن أرى صفحة كاملة من الفروض المنجزة. أنا أشعر بالسعادة». هذا يساعد الطفل على مدح نفسه بالقول «أنا قادر».
- **نكون ثابتين.** تمسّكا بالقواعد التي وضعتماها. فلا تسمحا بالسلوك السيّئ مرّةً، ثم تتوقّعا ألا يحصل مرّة أخرى. وإذا لم يعجبكما سلوك معين، قولا للطفل بوضوح لماذا لم يعجبكما هذا التصرّف، واحرصا على أن تُطبَّق قواعدكما في كلّ مرة.
- **نحرص على أن يعامل كلُ البالغين الطفل بالطريقة نفسها.** إذا تعامل كل من الوالدين بطريقة مختلفة حيال سلوك الطفل، فسيطرح هذا مشكلة كبرى، لأن الطفل سيتعلّم أنه إذا أساء التصرّف مع أحدهما فالآخر سيأتي لإنقاذه. لذلك، ينبغي أن يتبع الوالدان الطريقة نفسها بالتعامل معه.
- **نكون واضحين.** اشرحا للطفل سبب استيائكما من تصرفه ولماذا تعلّمانه قواعد الانضباط. ولتكن طلباتكما محدّدة، وليأتِ كلّ طلب منها على حدة. كذلك، يجب أن تشتمل الطلبات ما ينبغي على الطفل أن يفعله أكثر مما ينبغي به ألا يفعله. قولا له مثلاً «عد إلى المنزل قبل الساعة العاشرة ليلاً لو سمحت»، بدلاً من «لا تعد إلى البيت في ساعة متأخّرة».
- **نكون هادئين.** لا تفقدا أعصابكما. فإذا فقد الوالدان أعصابهما، فسيكون من الصعب على الطفل أن يتعلّم كيف يتعامل مع غضبه هو بطريقة مختلفة.
- **نلجأ إلى «الوقت المستقطع».** عندما يسيء الطفل التصرّف، اطلبا منه أن يذهب إلى مكان آخر (إلى غرفة أخرى مثلاً) وألا يعود إلا عندما يهدأ، أو بعد مدّة محدّدة من الوقت (خمس دقائق مثلاً). ومن المهم أن تتحدّثا إلى الطفل بعد انتهاء الوقت المستقطع، وأن تناقشا معه سبب سوء تصرّفه وشعوره حيال هذا التصرّف. وينبغي أن يترافق «الوقت المستقطع» time out مع «الوقت المسترجع» time in، أي الوقت الذي تمضيانه باللعب مع الطفل أو بالاستماع إليه لبعض الوقت كل يوم.
- **نمنع عنه بعض الامتيازات.** مثلاً، أن تقولا للطفل إنكما لن تسمحا له بمشاهدة التلفزيون في هذا اليوم إذا لم يتصرّف كما ينبغي.
- **نقدّم المكافآت قصيرة الأمد.** يمكنكما أن تفعلا ذلك بواسطة الجمل التي تأخذ الشكل التالي «عندما... عندئذٍ». مثلاً «عندما تنتهي من تناول طعامك، عندئذٍ يمكنك الذهاب لتلعب مع رفاقك».
- **نمضي معه وقتاً** تستمعان فيه إلى الطفل يخبركما عن مشاعره، وآماله، ومخاوفه، وتخبرانه عن مشاعركما، وآمالكما، ومخاوفكما. عاملا طفلكما على أنه شخص محبوب وموثوق به.
- **لا ن لجأ إلى العنف مهما كانت الظروف.** فحتى في الحالات القصوى، لن تفيد الصفعة في تغيير المشكلة على المدى البعيد.
- **نبرم «عقداً» مع الطفل.** سوف يساعد «العقد» بين الأهل والطفل في توضيح ما هو متوقّع من الطفل وفي الحصول على موافقة الطرفين على الخطة. ويمكن أن يوافق الأهل على تقديم مكافأة محددة مقابل التصرّف الجيّد، وعلى اتخاذ تدبير محدّد مقابل التصرّف السيّئ. فهذا النوع من المخططات يساعد في معرفة أيّ طرف يتقيّد بالاتفاق وأيّ طرف لا يتقيّد به.
- إنّ العنصر الأساسي في تعليم قواعد الانضباط للطفل هو إظهار الحبّ والاحترام له.

الإطار ٨–١٣ ما الذي ينبغي أن نتذكره عندما نتعامل مع الأطفال الذين يسيئون التصرّف

- كل الأطفال يسيئون التصرّف في وقت ما من حياتهم، خصوصًا قبل سنّ الرابعة. هذا أمر طبيعيّ.
- عندما يصدر السلوك السيّئ عن طفل أكبر في السن، ويستمرّ عدة أشهر، ويرتبط هذا السلوك بخرق القواعد العائلية أو المدرسية، عن طريق الكذب أو السرقة أو الإزعاج أو التشاجر، أو التغيّب عن المدرسة، فهذا يسمّى اضطراب السلوك.
- إنّ السببين الأكثر شيوعًا لاضطراب السلوك هما العنف المنزلي وعدم الثبات على قواعد معينة في تعليم الطفل قواعد الانضباط. وثمة سببان آخران هما فرط النشاط وعسر القراءة.
- إنّ الطريقتين الفضليين للتعامل مع اضطراب السلوك هما أن نعلّم الأهل قواعد بسيطة لتعليم الطفل الانضباط، وأن نشجّع المحادثات بين الأهل والطفل. أما الأدوية فليس لها أيّ دور.

٨–٦ الطفل الذي يتبوّل في الفراش

إنّ التبوّل في الفراش في أثناء النوم يحدث مع كل الأطفال إلى أن يتعلّموا كيف يسيطرون على مثانتهم. إنّ التبوّل في الثياب في النهار (السلس النهاري) لا يعتبر مشكلة إلا إذا كرّره الطفل بعد سنّ الثالثة، والتبوّل في أثناء النوم لا يعتبر مشكلة إلا بعد سنّ الخامسة. غير أنّ الأطفال الذين يعانون التأخر العقلي قد يتطلبون وقتاً أطول ليتعلّموا السيطرة على عملية التبوّل. (يحصل التبوّل اللا–إرادي أحيانا في مراحل عمرية متطورة ويكون أحيانا مؤشرا إلى عوامل نفسية ضاغطة).

٨–٦–١ لماذا يتبوّل الأطفال في الفراش؟

إنّ السبب الأكثر شيوعاً لهذه المشكلة هو تأخّر التطور في هذا المجال عند الطفل. وهذا لا يعني أنّ الطفل متأخر عقليّاً. فبعض الأطفال يتطلب بكل بساطة وقتاً أطول من سواه ليتعلّم كيفية السيطرة على عملية التبول. وغالباً ما يعود هذا الأمر إلى أنّ الطفل يغضب لسببٍ ما، مثل الشجارات العائلية أو ولادة طفل جديد. وثمة أسباب أخرى أقلّ شيوعاً، ومنها التهابات البول وسوء معاملة الطفل ومرض السكري والمشكلات الجسدية في المجاري البولية وبعض المشكلات العصبية.

٨–٦–٢ بالنسبة إلى التبوّل في الثياب أثناء النهار (السلس النهاري)

بعض الأطفال يتبوّل في ثيابه في النهار. فإذا كان الطفل يتبوّل في ثيابه حتى بعد إنهاء دراسته الابتدائية، فهذا يمكن أن يتسبّب بمشكلات مرتبطة بالشعور بالعار والذنب. أما الأسباب الشائعة للسلس النهاري فهي عدم الرغبة في استعمال مراحيض المدرسة، والتهابات المجاري البولية (لا سيما عند الفتيات)، والمشكلات المتعلّقة بالذهاب إلى المدرسة.

٨–٦–٣ كيف نتعامل مع هذه المشكلة؟

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على أفراد العائلة أو الأصدقاء

- كم يبلغ الطفل من العمر؟ هذا مهم لنعرف إذا كان التبوّل في الفراش أمراً غير طبيعيّ.
- هل يحصل هذا في النهار أيضاً؟
- هل تعلّم الطفل كيف يسيطر على عملية التبوّل؟ إذا لم يتعلّم فالأرجح أنّ السبب هو تأخّر في التطور.
- إذا كان الطفل قد تعلّم السيطرة على التبوّل، متى لاحظتم أنه عاد يتبوّل في فراشه؟ هل حصل حادث بارز في عائلتك في الفترة نفسها، مثلاً ولادة طفل جديد أو مشكلة عائلية؟
- ما هو شعوركم حيال تبوّل طفلك في الفراش؟ ماذا قلتم للطفل؟ الأهل الذين يغضبون ويلقون اللوم على الطفل قد يزيدون المشكلة سوءاً.
- كيف كنتم تسيطرون على الوضع حتى الآن؟

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على الطفل

- كيف كانت الأمور مؤخّراً؟ في البيت؟ في المدرسة؟ نبدأ بطرح الأسئلة العامة لكي نعطي الطفل وقتاً ليشعر بالارتياح.
- هل كان يقلقك أمر ما مؤخّراً؟ نراقب: هل تطرّق الطفل إلى الموضوع من تلقاء نفسه.
- يعاني أطفال كثيرون مشكلات متعلّقة بالتبوّل في الفراش. «هل كنت تعاني من هذه المشكلة مؤخّراً»؟ أنت الآن تطرح السؤال مباشرةً، غير أنك قلت في البداية إنّ هذه المشكلة شائعة وإنّك معتاد على أن تراها عند الأطفال.

- منذ متى يحصل هذا معك؟ لماذا يحصل برأيك؟ قد تشير وجهة نظر الطفل إلى السبب الذي يغضبه
- هل تشعر بحرقة أو بألم في أثناء التبوّل؟ نطرح هذا السؤال لتتأكد مما إذا كان الطفل يعاني التهاباً في البول.
- كيف كانت هذه المشكلة تؤثر عليك؟ في البيت؟ في المدرسة؟
- هل ألحق بك أحد الأذى مؤخراً؟ مثلاً، هل لمسك في أماكن لا ينبغي به أن يلمسك فيها؟ نطرح هذا السؤال إذا اشتبهنا في أنّ الطفل ضحية سوء المعاملة.

نصائح للمقابلة

قد يكون التبوّل في الفراش موضوعاً محرجاً جدّاً ليتحدّث عنه الطفل. وفي خلال الفترة التي مضت قبل أن يُحضَر الطفل إلينا، لا بدّ من أنه عرف أنه يقوم بأمر «سيّئ»، وقد يشعر بالخجل والتعاسة. لذلك علينا أن نكون حريصين على مشاعر الطفل. نفحص منطقة أسفل الظهر عند الطفل ونراقب مشيته، لاستبعاد الأمراض النادرة في العمود الفقري، التي قد تسبّب التبوّل في الفراش (هذا يحتاج إلى رأي طبيب متخصص). نتحدّث عن التبوّل في الفراش مع الطفل على انفراد، أو بحضور أحد الأقرباء البالغين الحذرين. نطلب فحص بول لتقصّي نسبة السكر، وزرعاً لتقصّي مرض السكري والتهاب المجاري البولية.

ما العمل؟

غالباً ما تقلق العائلات حيال التبوّل في الفراش. نطمئن أفراد العائلة ونشرح لهم أنّ هذه المشكلة شائعة، وأنها ليست دليلاً على التأخّر العقليّ، وأنها قابلة للعلاج. وينبغي ألا يلقي الأهل اللوم على الطفل بسبب التبوّل في الفراش، فهو ليس ناتجاً عن سوء التصرّف عند الطفل.

في حال التهاب المثانة، نعالج المشكلة بالمضادات الحيوية وننصح الطفل بشرب كميات كافية من الماء. نتذكّر أن نتأكد من أنّ المشكلة هي التهاب قبل الوصفة، لأنّ الأمر قد يزداد سوءاً إذا لم يكن ثمة التهاب!

بالنسبة إلى التبوّل في الفراش (أي السلس الليلي)، ينبغي أن نقول للوالدين أن يجرّبا ما يلي:

- احرصا على أن يتبوّل الطفل في المرحاض قبل الذهاب إلى النوم مباشرة.
- قدّما له المديح بعد الليلة التي تمضي من دون أن يتبوّل في الفراش، ولكن لا تغضبا بعد الليلة التي يبوّل فيها. قولا له بكلّ بساطة إنكما سعيدان لأنه حاول وإنّ الليلة التالية سوف تكون أفضل. استعملا «جدول النجوم» (انظر أدناه).
- اذا استمرّ التبوّل في الفراش، يمكنكما إيقاظ الطفل في منتصف الليل ليذهب إلى المرحاض.
- شَجِّعا الطفل على أن يتعلّم كيف «يضبط» البول في ساعات النهار، وذلك بزيادة المدة بين كل زيارة إلى المرحاض وأخرى.



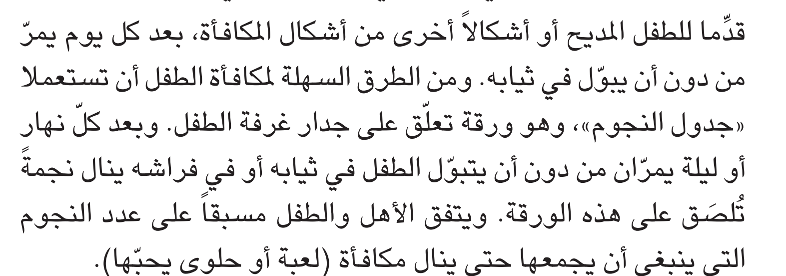
لا نوبّخ الطفل عندما يتبوّل في الفراش – فالأطفال لا يبوّلون في الفراش عن قصد. أما إظهار الحب لهم فهو عنصر مهم لنساعدهم على وضع حدٍّ للمشكلة.



- ثمة تمرين آخر يساعد الطفل على السيطرة على البول، وهو أن تطلب منه أن يتوقف عن التبوّل قبل انتهائه منه، وأن يضبط البول بضع دقائق، ومن ثم أن يكمل التبوّل حتى ينتهي. فكلما نجح في عملية التوقف–المتابعة، ازدادت قدرته على السيطرة على البول.
- في بعض الأماكن تتوافر آلات إنذار يتمّ وصلها بملاءة السرير فتصدر صوتاً مرتفعاً حين يصبح السرير رطباً. هذا الصوت يوقظ الطفل، ويمكن أن يرافقه الأهل عندئذٍ إلى المرحاض.
- في حال لم تنجح أيٌّ من الطرق المذكورة أعلاه، يمكننا أن نحاول استعمال جرعة من ٢٥ إلى ٥٠ ملغ من إيميبرامين imipramine (راجع الفصل ١١) قبل موعد النوم بساعتين. هذا الدواء يساعد معظم الأطفال ولكن غالباً ما تعود المشكلة عند إيقاف الدواء. وبالتالي فإنّ الفائدة الحقيقية من هذا الدواء هي أنها سوف تزيد ثقة الطفل بنفسه بعد أن تساعده في السيطرة على البول. وينبغي أن يترافق تناول الدواء مع كل النصائح المذكورة أعلاه، ويمكن استعماله لغاية ستة أشهر.
- نحاول أن نعالج أي مخاوف أو عوامل مسبّبة للضغط في المنزل.

أما بالنسبة إلى التبوّل في الثياب في النهار، فينبغي أن يُعطى الأهل النصائح الآتية:





- قدّما للطفل المديح أو أشكالاً أخرى من أشكال المكافأة، بعد كل يوم يمرّ من دون أن يبوّل في ثيابه. ومن الطرق السهلة لمكافأة الطفل أن تستعملا «جدول النجوم»، وهو ورقة تعلّق على جدار غرفة الطفل. وبعد كلّ نهار أو ليلة يمرّان من دون أن يتبوّل الطفل في ثيابه أو في فراشه ينال نجمةً تُلصَق على هذه الورقة. ويتفق الأهل والطفل مسبقاً على عدد النجوم التي ينبغي أن يجمعها حتى ينال مكافأة (لعبة أو حلوى يحبّها).
- شَجعا الطفل على الذهاب إلى المرحاض دوريّاً، كل ساعتين مثلاً، هكذا تبقى المثانة فارغة. ومتى سيطر بهذه الطريقة على التبوّل في النهار، يمكنكما زيادة المدة بين زيارة وأخرى إلى المرحاض. وإذا كان الطفل يذهب إلى المدرسة، فمن المفيد أن تُشركا المعلمة أو المعلّم في هذا المخطط.
- نقابل الطفل والأهل دوريّاً إلى أن تتمّ السيطرة على المشكلة كليّاً.

متى ينبغي أن نحيل الطفل على اختصاصيّ؟

نحيل الطفل على اختصاصيّ في صحة الأطفال في الحالات الآتية:

- إذا كان سبب التبوّل مشكلة جسدية، مثل مرض السكري أو مشكلة عصبية.
- إذا كان الطفل يعاني مشكلات عائلية حادة، لا سيما إذا اشتبهنا في سوء المعاملة.
- إذا استمرّت المشكلة بالرغم من اقتراحاتنا.
- إذا كان عمر الطفل أكثر من عشر سنوات.

٨–٦–٤ تلطيخ الثياب

إنّ التلطيخ يعني أن يتغوّط (يتبرز) الشخص في ثيابه أو في فراشه. وهذا الأمر غير طبيعيّ إذا حصل عند طفل تخطى الرابعة من عمره. بعض الأطفال يعرف متى يريد أن يتغوّط إلا أنه يفعل ذلك خارج المرحاض. وللتلطيخ سببان أساسيّان، وقد يعاني بعض الأطفال كلا السببين. الأول هو الإمساك الحاد، والثاني هو أنّ الطفل لم يتعلّم كيف يستعمل المرحاض بالشكل الصحيح. وغالباً ما يندرج ذلك في إطار رفض الطفل بشكل عام أن يتعاون مع أهله. نعطي الأهل النصائح اللازمة ونحرص على أن يتضمن غذاء الطفل ما يكفي من السوائل، والفواكه، والخضار، والألياف. نصف له الأدوية المسهّلة للمعدة أو المليّنة للغوط، إذا كان الغوط قاسياً إلى حدّ أنه يسبّب الألم عند التغوّط. نحدّد جدولاً زمنيّاً منتظماً للتغوّط ونقدّم المديح للطفل كلما تغوّط في الحمام.

الإطار ٨–١٤ ما ينبغي أن نتذكره عندما نتعامل مع التبوّل في الفراش

- إذا تبوّل الطفل في الفراش مرة واحدة، فهذا لا يدعو للقلق. ولكن الأمر يصبح مقلقاً إذا حدث بشكل متكرّر بعد السن التي يُتوقع أن الطفل قد تعلّم فيها أن يسيطر على البول (خمس سنوات عادةً).
- الأطفال الذين يعانون التخلف العقلي قد يتطلبون وقتاً أطول من سواهم ليتعلّموا السيطرة على البول. ولكن إذا تبوّل الطفل في الفراش، فهذا لا يعني أنه متأخرعقليّاً.
- السبب الأكثر شيوعاً للتبوّل في الفراش هو التأخّر في التطور أو التهاب البول. والأمر ليس خطيراً في الحالتين، وكل الأطفال يُشفون منه.
- يمكن مساعدة معظم الأطفال من خلال النصائح حول كيفية السيطرة على المثانة والتبوّل بشكل منتظم.

٨–٧ المراهقون الذين يشعرون بالتعاسة ويشكون من الآلام والأوجاع

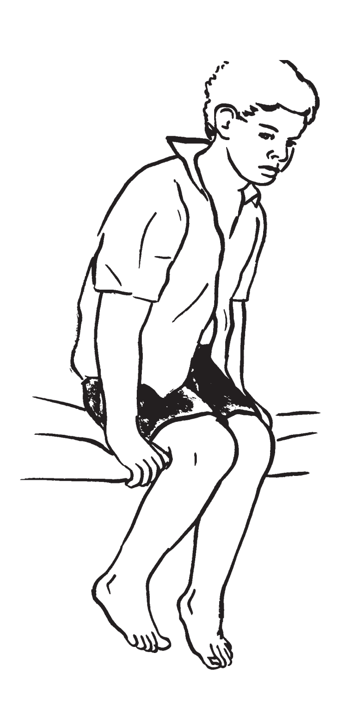
تمتدّ سنّ المراهقة ما بين العاشرة والتاسعة عشرة من العمر، أي بين سنّ الطفولة وسنّ البلوغ (من أجل نصوص عن المراهقة للمراهقين: «رزمة الشباب والحياة الصحية». انظر المراجع). وهي فترة فريدة من نوعها لعدة أسباب:

- تنضج الشخصية في سنّ المراهقة. فالمراهق يكوّن فكرة واضحة عن نفسه، وعمّا يحبّ ولا يحبّ، وعن نقاط قوّته ونقاط ضعفه.
- يتغيّر الجسم وينضج جنسيّاً. وهذا يعني أنّ الشعور بالانجذاب تجاه الجنس الآخر يبدأ بالظهور عند المراهق، كما أنه يصبح أكثر حساسيةً تجاه انجذاب الآخر إليه!
- إنه وقت اتخاذ القرارات المهمة المتعلّقة بالدراسة وبالمهنة التي سيمارسها الشخص في حياته.

لذلك، ومع كل هذه التغييرات الكبرى، لا عجب في أنّ بعض المراهقين يشعر بأنه تحت الضغط. (كتاب الأسس الثقافية النفسية والتربوية في مواضيع الصحة الإنجابية، انظر لائحة المراجع).

٨–٧–١ لماذا يشعر بعض المراهقين بالتعاسة؟

قد يصبح المراهقون تعساء لعدة أسباب:



- لأنّ حياتهم العائلية ليست سعيدة، أي أنّها تشهد عنفاً منزلياً أو سوء معاملة، وشجارات مستمرّة بين أفراد العائلة.
- لأنهم يشعرون بالإكتئاب بسبب أدائهم في المدرسة، فإمّا يرسبون في الامتحانات أو لا يكون أداؤهم كما كانوا يتوقعون.
- لأنهم لا يستطيعون أن يكونوا مع الشخص الذي يحبونه، كما في العلاقات الغرامية التي تنتهي بسبب الأهل أو بسبب الشخص المحبوب.
- لأنهم يعانون ألماً جسدياً أو مرضاً.
- بسبب سوء المعاملة والعنف.
- لأنهم يعانون إكتئاباً حادّاً أو حالة ذهان.
- لأنهم يدمنون الكحول أو المخدّرات.

٨–٧–٢ الاكتئاب عند المراهقين

الاكتئاب مشكلة شائعة عند المراهقين. وغالباً ما تكون أعراضها جسدية، متعلّقة بشكل خاص بالصعوبات المدرسية.
ومن الدلائل الشائعة للاكتئاب عند المراهقين:

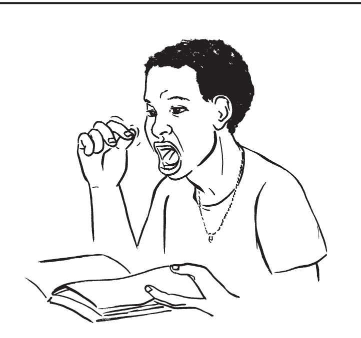
- آلام الرأس وأوجاع أخرى.
- صعوبة التركيز.
- قلة النوم.
- فقدان الشهية.
- الانقطاع عن العائلة والأصدقاء.
- الشعور السلبي عند الشخص تجاه نفسه، أي أنه يشعر بأنه أقلّ جاذبية وذكاءً من الآخرين.
- المزاجية وسرعة الانفعال، والدخول في شجارات مع أفراد العائلة والأصدقاء.
- النظر إلى الحياة على أنّ لا جدوى منها.
- الأفكار الانتحارية.
- سرعة الانفعال.

قد يؤثر الاكتئاب في المراهقين بطرق عدة:

- يصبح أداؤهم المدرسيّ ضعيفاً.
- تسوء علاقتهم بأصدقائهم وبأفراد عائلتهم.
- يزداد خطر إيذاء أنفسهم (حتى الانتحار).
- يدمنون المخدّرات والكحول.
- يصابون بخوف وقلق من المستقبل.

الحالة ٨–٢

كانت لارا، وهي فتاة في الثانية عشرة من العمر، من أذكى الفتيات في صفها. غير أنها أصبحت أقلّ اتصالاً بأصدقائها. فبعد أن كانت تلعب معهم في استراحة الغداء، أصبحت تمضي وقت الاستراحة وحدها في غرفة الصف. حاول أصدقاؤها أن يُشركوها معهم، فراحوا يغيظونها قائلين إنها مغرمة، إلا أنها ابتعدت عنهم أكثر فأكثر. فاستسلموا في النهاية لأنهم ظنوا أنها باتت فتاة فظة. وقلقت المعلمة عندما رسبت لارا في نصف المواد.فطلبت مقابلة الأهل لتناقش معهم النتائج السيئة. لم يأتِ الوالد، أما الوالدة فقد حضرت، وجلست تصغي بهدوء. قالت إن ليس لديها أدنى فكرة عن السبب الذي أدى إلى هذه النتائج السيئة، وإنها تظنّ أنّ ابنتها أصبحت فتاة سيّئة وأنها لا تدرس جيّداً. غير أنّ المسؤولة عن المعلمات لاحظت أن والدة لارا كانت شاردة الذهن، غير سعيدة. فسألتها إذا كان ثمة مشكلات عائلية، عندئذٍ انفجرت الوالدة بالبكاء. تركها زوجها منذ بضعة أشهر، وقد توقف الآن عن إرسال المال لتعيل نفسها وابنتها. لارا أصبحت محبطة بسبب هذه الصعوبات الكبرى في المنزل. بعد ذلك، تحدثت المعلمة إلى لارا على انفراد، وبحضور الأم لكي تكتشف مشاعرها وعواطفها. اقترحت المعلمة على لارا أن تأتي للتحدث إليها دوريّاً. ثم تحدثت المعلمة إلى أصدقاء لارا وطلبت منهم أن يكونوا لطفاء ومتعاطفين معها. ظلت المعلمة تتحدث إلى لارا ١٥ دقيقة كل أسبوع لكي تعرف كيف تشعر حيال الوضع في البيت ولتساعدها في إعادة تنظيم دروسها. بدأت لارا شيئاً فشيئاً، وبمساعدة أصدقائها، تشعر بأنها أقوى وبدأ أداؤها في المدرسة يتحسّن.



الحالة ٨–٣

كان جاد فتىً في السادسة عشرة من عمره، وفي السنة الأخيرة من دراسته الثانوية. وهذه السنة كانت مهمة بالنسبة إليه وإلى عائلته. أنفقت عائلته كثيراً على دراسته الخاصة. وكان الجميع يأملون بأنه سيدخل كلية الطب ليصبح طبيباً. لكن جاد كان دائماً طالباً متوسّطاً، ولم يهتمّ يوماً بالمواد العلمية. حضّر جيداً لامتحاناته، ولكنه بدأ يشعر بالتعب وبألم في الرأس. اصطحبه أهله إلى طبيب العيون، فتبين أن نظره طبيعي. ازداد ألم رأسه وسرعان ما أصبح نومه قليلاً. كان أداء جاد سيّئاً جدّاً في الامتحانات، فغضب أهله واستاؤوا. لماذا لم يدرس بجهدٍ أكبر؟ وظف له أهله مدرّسين خصوصيين. بدأ جاد يشعر بالتعب ويواجه صعوبة في متابعة كلّ الدروس معاً. أصبح أهله قلقين جدّاً عليه. استشار جاد عاملةً صحيةً، فقالت أنّه يتعرّض للكثير من الضغط، ولهذا السبب لا ينجح في امتحاناته، وإنه أصبح يعيش حالة من الضغط المستمرّ. تحدّثت العاملة الصحية إلى جاد عن هذا الضغط وعن شعوره حيال المهنة التي سيمارسها في المستقبل، فقال إنه لا يرغب في أن يدرس الطب، بل يفضل مجالاً آخر. تحدّثت العاملة الصحية إلى العائلة وشاركتهم مخاوفها حيال الضغط الذي يعانيه جاد. ثم تحدّث الأهل إلى جاد عن اختصاصات بديلة من الطب. ففي النهاية جاد كان ذكيّاً، ولو أتيح له أن يكمل دراسته في الاختصاص الذي يختاره، فقد يخفّ عنه الضغط. بنى جاد علاقة أوثق مع أفراد عائلته، وشعر بتحسّن كبير.

٨–٧–٣ كيف نتعامل مع هذه المشكلة؟

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على الوالدين

- هل لاحظتما أيّ تغيير في سلوك المراهق مؤخّراً؟ ماذا لاحظتما؟
- لماذا يحدث هذا برأيكما؟ وجهة نظر الأهل قد تعطينا فكرة عن سبب المشكلة. مثلاً، إذا قال أحد الوالدين إنّ المراهق لا يبذل الجهد الكافي في دروسه، فيُحتمل أنّ القلق بشأن أدائه في الامتحانات يسبّب له ضغطاً.
- هل حاولتما أن تفعلا أيّ شيء لتغيّرا الوضع؟ ماذا ينبغي أن يفعل المراهق برأيكما ليتغيّر الوضع؟

الأسئلة التي ينبغي أن نطرحها على المراهق

- كيف كانت صحتك مؤخراً؟ نسأل بشكل خاص عن النوم، والتركيز، والعواطف.
- هل كنت قلقاً على أمر ما مؤخّراً؟ مثلاً، بشأن بعض المشكلات في البيت؟ أو بشأن دروسك؟ أو أصدقائك؟
- هل أخبرت أحداً بهذه الأمور التي تقلقك؟ من؟ وماذا اقترح هذا الشخص عليك؟ نحاول أن نكتشف مصادر الدعم المتوافرة عند المراهق.
- هل شعرت بأنك ترغب في وضع حدٍّ لحياتك؟ نحاول أن نعرف كم مرّة، وكم من الوقت مضى على هذا الشعور. فإذا استمرّت الأفكار فترة لا بأس بها، وما إذا راودته في إطار المزاج المحبط، فإن هذه الأفكار ينبغي أن تؤخذ بجديّةٍ كبرى.
- هل آذاك شخص ما مؤخّراً؟ مثلاً، هل ضربك؟ هل شعرت بأن شخصاً يحاول أن يعتدي عليك؟
- هل كنت تشرب الكحول أو تتناول المخدّرات أخيراً؟ إذا كان الجواب «نعم»، نسأل عن الكمية التي كان يتناولها.

ما العمل؟

- نستمع إلى ما يقوله المراهق أو المراهقة عن مشاعره وعن الأمور التي تقلقه. لا نستعجل، فإذا لم يتوفّر لدينا الوقت عندما نقابله، نطلب منه أن يعود في وقت لاحق نكون فيه أكثر تفرّغاً.

- نساعد المراهق على أن يفهم الصلة بين مشاعره وبين الوضع الذي يسبّب الضغط الذي يواجهه. فغالباً ما يساعد فهمُ هذه الصلة في التخفيف من خطورة الأعراض.
- نقترح على المراهق أن نتحدث (أو أن يتحدّث هو) إلى والديه (وإلى معلميه إذا أمكن)، ونطلعهما على مخاوفه. فغالباً ما نجد أن المراهق لم يستطع أن يشارك والديه مشاعره، وهذا ما زاد المشكلة سوءاً. وراح يتصرّف بغضب، فضاق أهله ذرعاً به، وازدادت تعاسته أكثر فأكثر. لذلك، سوف تفيد مناقشة الأمر بصراحة مع الوالدين.
- نقدّم له الاقتراحات العملية. مثلا : إذا أصبح المراهق يعيش حالة من الضغط بسبب مواجهته صعوبات في مادة معيّنة، نكتب رسالة إلى معلم هذه المادة نشرح له فيها هذا الأمر. فقد يتعاون المعلم ويعطي المراهق وقتاً إضافيّاً بعد ساعات المدرسة لمساعدته في تخطي تلك الصعوبات.





- نعلّم المراهق تمارين الاسترخاء (راجع القسم ٣–٢–٣)، فقد تساعده على التركيز أكثر. أما بالنسبة إلى الأعراض الأخرى مثل التعب (راجع القسم ٥–٤) ومشكلات النوم (راجع القسم ٥–٣) فنعطيه النصائح بحسب ما هو مذكور في أقسام أخرى من هذا الدليل.
- نعلّم المراهق تقنيات حل المشكلات ليتكيّف مع الضغط الذي يواجهه (راجع الإطار ٨–١٥، والقسم ٣–٢–٥).
- ننصحه بأن يتجنّب تناول الكحول والتبغ والمخدّرات.
- نطلب منه أن يزورنا دوريّاً إلى أن يشعر بتحسّن. يمكن معرفة أنه تحسّن عندما يصبح شعوره إيجابيّاً حيال مستقبله، ويبدأ بمشاركة الآخرين مشكلاته، ويتحسّن أداؤه في المدرسة.
- إذا لم تأتِ أيٌّ من النقاط المذكورة أعلاه بنتيجة، نحاول استعمال مضادات الاكتئاب (راجع الفصل ١١).

الإطار ٨–١٥ التكيّف مع الضغط: اقتراحات للمراهقين والمراهقات

يختلف ردّ الفعل تجاه الضغط بين شخص وآخر. فبعضهم يتكيّف معه بطريقة تخفّف من الأذى الذي يسبّبه الضغط لصحتهم. وفي ما يلي بعض الأفكار التي تساعدنا في العمل مع هؤلاء الأشخاص:

- حدّد/ي الحالات والأحداث التي تسبّب لك الضغط.
- تخيّل كيف كان أصدقاؤك سيتصرّفون لو أنهم أمام الحالات أو الأحداث نفسها، لا سيما الأصدقاء الذين تعتقد أنهم يتكيّفون مع الضغط أفضل منك.
- اكتب/اكتبي لائحة بأكبر عددٍ ممكن من الطرق التي من شأنها أن تجعل هذه الحالات أقلّ تسبّباً بالضغط.
- تخيّل أنك تقوم بهذه الأمور.
- تمرّن/تمرّني على حالةٍ معيّنة قبل أن تواجهها.
- شارك الآخرين الأمور التي تسبّب لك الضغط، مثل الأصدقاء، أو أفراد العائلة، أو المعلمين.
- لا تشعر بالإحراج إذا أردت أن تستشير مرشداً.

للاطلاع على المزيد من المعلومات حول تعزيز الصحة النفسية عند المراهقين، راجع القسم ٩–٦.

متى ينبغي أن نحيل المراهق أو المراهقة على اختصاصيّ؟

ينبغي أن نحيل المراهق على اختصاصيّ في الحالات الآتية:

- إذا لم تتحسّن حاله بالرغم من تدخّلنا.
- إذا كان المراهق يعاني مشكلات حادة، مثل إدمان المخدّرات أو العنف أو المرض النفسيّ الحاد.
- إذا كانت مشكلات المراهق تمنعه من ممارسة أنشطة حياته اليومية.

الإطار ٨–١٦ ما ينبغي أن نتذكره عندما نتعامل مع مراهق أو المراهقة يشعر بالتعاسة:

- غالباً ما ترتبط الشكاوى الجسدية الغامضة عند المراهقين بالضغط والاكتئاب
- الاكتئاب هو مشكلة صحية شائعة عند المراهقين.
- العمل مع العائلات والمعلمين هو طريقة مفيدة لمساعدة المراهقين، نظرًا إلى أنّ الضغط في العائلة والمدرسة هو سببٌ أساسيّ للإكتئاب.
- معظم المراهقين المحبطين سوف تتحسن حالهم. فالتحدّث إليهم والاستماع إلى مخاوفهم ومشاعرهم هو العلاج الأكثر فعالية.

الجزء الثالث

دمج الصحة النفسية في الأطر المختلفة

لقد وصفت الأجزاء السابقة من هذا الدليل أنواع الاضطرابات النفسية وعلاجاتها. أما الجزء الثالث، فينقل القرّاء إلى إطارات عمل محدّدة. يمكنك ممارسة الرعاية الصحية الأولية في إطار الصحة النسائية أو صحة السجناء أو المراهقين. وبصفتك عاملاً صحيّاً، قد يُطلَب حضورُك في حالات الطوارئ مثل الحروب والكوارث. وترتبط وظيفة الجسد ووظيفة النفس ارتباطاً وثيقاً، فإذا تأثرت إحداهما لأيّ سببٍ كان، غالباً ما تتأثر الأخرى أيضاً. لذلك تُعتبر الصحة النفسية جزءاً لا يتجزّأ من العمل الصحيّ العام. وينبغي أن يكون الاعتناء بالصحة النفسية عند الشخص جزءاً طبيعيّاً من مسؤولياتنا اليومية، تماماً مثل الاعتناء بالصحة الجسدية.

يوضح الفصل التاسع كيف تندرج المسائل الصحية النفسية في عملنا ضمن كل هذه الأطر المختلفة. وهويعالج المسائل الصحية النفسية التي قد نصادفها في عملنا في حالات مختلفة. وهو يُظهر كيف يمكننا إدراج المسائل الصحية النفسية في الأنشطة الأخرى التي قد تقوم بها ضمن واجباتك الاعتيادية. وإن مراعاة هذه المسائل سوف يجعل عملنا أكثر فعالية، وبالتالي سوف يُرضي الشخص الذي نعمل معه أكثر.

إنّ للعاملين الصحيين دوراً مهماً في تعزيز الصحة. ويوضح الفصل العاشر كيف يمكن تعزيز المواضيع المتعلّقة بالصحة النفسية والمناداة بها في المجتمع. إنّ تعزيز الصحة يمكن أن يُنظر إليه على أنه طريقة تمكّن الأفراد والجماعات، فيستفيدون أكثر فأكثر من مواردهم ويسيطرون على العوامل الأخرى التي تؤثر في صحتهم. فتعزيز المواقف الإيجابية حيال الصحة النفسية، والمناداة بحاجات «المرضى» النفسيين وبالحقوق التي ينبغي أن يتمتعوا بها، هما طريقتان مفيدتان لضمان النمو الإجمالي لأيّ مجتمع. ويُعتبر الفقراء والنساء الضعيفات المعرضات للإيذاء، من المجموعات المستهدفة أيضاً في إطار تعزيز الصحة النفسية.



الفصل التاسع

الصحة النفسية في أطر أخرى

٩–١ الرعاية الصحية الأولية والعامة

إنّ الرعاية الصحية الأولية هي النقطة الأولى التي يتجه إليها الشخص عندما يكون أمام شكوى صحية. في بعض أنحاء العالم، تؤمّن مراكز صحية أولية حكومية خدمات الرعاية الأولية.



أما في أماكن أخرى، فإنّ الرعاية الأولية يقدّمها الأطباء الخاصون ودُور التمريض (القطاع الخاص). وثمة أماكن تُقَدَّم فيها الرعاية الأولية من قبل القطاعين العام والخاص معاً. والرعاية الصحية العامة تعني الرعاية الصحية للمشكلات الصحية العامة عند الأفراد. وصحيح أنّ هذا الدليل يُعنى بوجه عام بمسائل الصحة النفسية التي تدخل في إطار وظيفة العاملين الصحيين الذين يعملون في أمكنة تقديم الرعاية الصحية العامة، إلا أنّ هذا القسم يعطي لمحة موجزة عن المسائل الأوسع.

٩–١–١ الاضطرابات النفسية في الرعاية الأولية

يمكن أن نصادف كل الاضطرابات النفسيّة في مراكز الرعاية الصحية الأولية. والاضطرابات الأكثر شيوعاً هما الاكتئاب والقلق من جهة، والإدمان من جهة أخرى (راجع الفصلين ٥ و ٦). غير أنّ الشكاوى التي يعبّر عنها الشخص نادراً ما تتضمّن إشارات تدلّنا مباشرة إلى المشكلة النفسية الخفيّة. ويشكو الأشخاص عادة من أعراض جسدية لا يمكن إيجاد تفسير طبيّ لها. وفي الإطار ٩–١ بعض الإرشادات التي تساعدنا في اكتشاف المشكلة النفسية في هذه الحالات.

الإطار ٩–١ الأعراض غير المفسّرة طبيّاً: دلائل لتحديد الاضطرابات النفسية في الرعاية الأولية

ينبغي أن نشتبه بوجود الاكتئاب والقلق في الحالات الآتية:

- إذا كان الشخص يشكو من أعراض جسدية لا يمكن تفسيرها بمرض جسدي معين.
- إذا كان الشخص يشكو من أعراض متعدّدة، مثل الأوجاع والآلام في مناطق مختلفة من الجسم، بالإضافة إلى التعب، والدوار، ومشكلات النوم، وتسارع نبضات القلب، والتخدير والوخز في الأصابع.
- إذا كان الشخص يشكو من أعراض مستمرّة منذ أكثر من ثلاثة أشهر فضلاً عن مشكلات واضطرابات في الأكل.
- إذا كان الشخص يشكو من مشكلات في المنزل، مثل العنف.
- إذا كان الشخص يعاني من اضطرابات في الأكل ومشكلات في الشهية.
- نسأل عن المشاعر والعواطف للتأكد من التشخيص (راجع الفصل ٢).

ينبغي أن نشتبه بوجود إدمان الكحول إذا كان الشخص يشكو من الأعراض الآتية:

- اليرقان.
- الدم في القيء.
- اضطرابات مستمرّة في المعدة.
- الإصابات والحوادث.
- مشكلات في النوم.

نسأل عن شرب الكحول للتأكد من التشخيص (راجع القسم ٦–١).

٩–١–٢ الرعاية الصحية النفسية الأولية



إذا نظرنا إلى المشكلات الصحية النفسية من منظار موازٍ للمشكلات الصحية الجسدية، يمكننا القول إنّ معظم المشكلات الصحية النفسية يشبه التهاب الجزء الأعلى من مجرى التنفّس، وأفضل من يستطيع معالجته هو العامل في الرعاية الصحية الأولية. غير أنّ بعض الأنواع الحادة من مشكلات التنفّس، مثل الالتهاب الرئوي الحاد أو «النيمونيا» الحادة، قد يتطلّب تدخّل اختصاصيّ. وهكذا، فإنّ العامل الصحي الأوّلي يمكنه معالجة الكثير من حالات الاضطراب النفسي في مراكز الرعاية الصحية الأولية. هناك ميزتان إضافيّتان موجودتان في أماكن تقديم الرعاية الصحية الأولية، وهما أنّ كلفة الرعاية في هذه الأماكن أقلّ، وأنّ معظم الأشخاص يتحملونها.

من الأفضل أن نسأل كل شخص يأتي لاستشارتنا، عن صحته النفسية. وقد ترشدنا الأسئلة البسيطة الواردة أدناه إلى الحالة الصحية النفسية للشخص:

- كيف كنت تشعر مؤخّراً؟ أنا لا أسأل عن صحتك الجسدية فحسب، بل أيضاً عن عواطفك ومشاعرك.
- هل كنت تشعر بأنك تحت الضغط مؤخّراً؟ إذا كان الجواب «نعم»، لماذا؟ وكيف يؤثّر ذلك على صحتك؟

أحياناً لا يكون لدى الأشخاص مشكلة يخبروننا عنها، لكن محاولتنا استيضاح ذلك لا تأخذ أكثر من بضع دقائق من وقتنا. أما بالنسبة إلى القلّة من الذين سوف يعبّرون عن مشكلةٍ ما، فيمكننا أن نطرح أسئلة أكثر تفصيلاً لنرى ما إذا كان الشخص يعاني اضطراباً نفسيّاً. بالطبع، إن هذا الأمر سوف يأخذ المزيد من الوقت، ولكننا بذلك سوف نساعد الشخص لكي يتحسّن. إن معرفةُ الأعراض هو من أكثر المهارات العلاجيّة إفادةً في أماكن تقديم الرعاية الأولية، (راجع القسم ٣–٢–٥). ويقدّم لنا القسم ٣–٤ النصائح لكي نعرف متى ينبغي إحالة الشخص الذي يعاني مشكلة صحية نفسية على اختصاصيّ.

من المهم ألا نفكر في الصحة النفسية والصحة الجسدية على أنهما دائرتان منفصلتان. ففي الواقع، غالباً ما تأتي المشكلات النفسية والجسدية معاً. فإذا كان الشخص يعاني السلّ، فهذا لا يعني أنه لا يمكن أن يعاني إدمان الكحول أيضاً. كذلك، إذا كان الشخص يعاني اضطراباً نفسيّاً، هذا لا يعني أنه لا يمكن أن يصاب بالملاريا. ينبغي أن نتذكر هذا، لا سيما أنّه عندما يُشخَّص مرض معين عند شخصٍ ما فغالباً ما تُعزى كل المشكلات التي يشكو منها إلى هذا المرض.

الحالة ٩–١ هي وصف لحالة نموذجية قد نصادفها في عيادة لتقديم الرعاية الصحية الأولية.

الحالة ٩–١



فاتن امرأة متزوّجة تبلغ من العمر ٣٠ سنة. كانت تشكو الدوار وآلام الرأس لمدة سنة وأكثر، ولكن لم يُكتشف عندها أيّ مرض جسدي. وبعد التدقيق، أقرّت فاتن بأنها تفكر كثيراً، ولا تنام جيّداً، وأنّ أفكاراً انتحاريّة راودتها أحياناً. لقد شعرت بالكثير من التعب إلى حدّ أنها لم تستطع القيام بالأعمال المنزلية. وساءت علاقتها بشريكها، فقد كان غاضباً لأنها لم تنجب طفلاً حتى بعد أن مضى سنتان على زواجهما، وهدّدها بأنه سوف يتزوّج من امرأة أخرى. كذلك، خسرت وظيفتها قبل ثلاثة أشهر وكانت قلقة جدّاً لأنها اعتقدت أنها لن تجد عملاً آخر إذا بقيت على تلك الحالة. كانت تشكو أيضاً من أنها تشعر بالوحدة.

هكذا ساعدت العاملة الصحيّة فاتن عن طريق:

- طمأنتها إلى أنها لا تعاني مرضاً مميتاً أو غير قابل للشفاء.
- فسّرت لها أنها مشغولة البال كثيراً بسبب خسارة وظيفتها ومشكلاتها الزوجية، ولذلك كان نومها سيّئاً وكانت تشعر بالتعب.

- حدّدت كلّ مشكلة من مشكلاتها ووضعت لها ومعها لائحة بالخطوات التي ينبغي اتخاذها (تقنيّة حلّ المشكلات، راجع الفصل العاشر):
  - الاكتئاب: وصفت له علاجات مضادة للاكتئاب.
  - العقم: أحالت فاتن وزوجها على عيادة نسائية.
  - المشكلات الزوجية: دعت الزوج إلى مقابلة مشتركة.
  - البطالة: طلبت أن تؤجَّل عملية البحث عن عمل إلى أن تُشفى فاتن تماماً من الاكتئاب.
  - الوحدة: نصحتها بأن تزور أصدقاءها وأن تتحدّث الى أصدقاء تثق بهم.

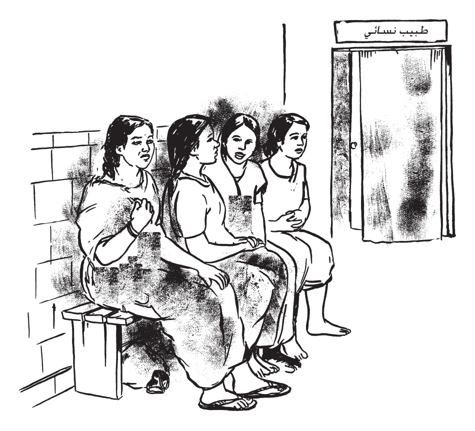
طلبت العاملة الصحية من فاتن أن تزورها في العيادة مرة كل أسبوع. وشعرت فاتن بتحسُّن كبير بعد ثلاثة أسابيع، كما أنها حصلت هي وشريكها على الإرشادات التي تساعدهما في زيادة فرصهما بالإنجاب. وما إن تحسّنت حتى وجدت وظيفة، فأصبحت عاملة تنظيف في مطعم في منطقتها. صارت العاملة الصحية تراها مرة في الشهر لمدة ستة أشهر، وبعد ذلك لم تعد بحاجة إلى المتابعة والأدوية.

٩–١–٣ تحسين النظام

يتمتّع بعض العاملين الصحيين بمكانة تخوّلهم أن يؤدّوا دوراً مهماً في تحسين النظام العام للرعاية الصحية الأولية. إذا كان أحد العاملين الصحيين عضواً في اللجنة الصحية في المحافظة، فسوف يُطلب رأيه في مسائل مختلفة لدى وضع السياسات. وثمة خطوات محدَّدة من شأنها أن تحسّن الرعاية الصحية النفسية الأولية:

- تقديم التدريب للعاملين الصحيين في مجال التشخيص ومعالجة الأمراض النفسية الشائعة.
- تدوين ما لا يقلّ عن دواء واحد مضاد للاكتئاب ، وواحد مضاد للذهان، وآخر مضاد للتشنّجات، على لائحة الأدوية الأساسية (راجع الفصل ١١)
- تأمين عيادات لمتابعة الأشخاص الذين يعانون اضطرابات نفسية حادة. (ويمكن فتح هذه العيادات في الأوقات التي يقلّ فيها عدد الأشخاص الذين يزورون طبيباً).
- زيادة عدد العاملين الصحيين المؤهلين للعمل في مجال الصحة النفسية في أماكن تقديم الخدمات الصحية، لأنّ زيارة هؤلاء العاملين أقلّ كلفة من زيارة الطبيب، وهم يؤدّون دوراً مهماً في الرعاية الصحية النفسية.
- إقامة نظام مراقبة لكل مريض فيه ملفّ، تُدوَّن فيه مختلف الاضطرابات النفسية (راجع القسم ١–٣).

٩–٢ الصحة الإنجابية



الصحة الإنجابية تشمل السلامة والعافية الجسدية والنفسية والاجتماعية في كل ما يتعلّق بالنظام الإنجابيّ[١]. وعلى صعيد الممارسة، تتضمّن الصحة الإنجابية عدداً من المواضيع المختلفة، مثل الصحة النسائية والعنف المنزلي وصحة المراهقين وصحة الأمّ وفيروس نقص المناعة البشري المكتسب (HIV) ومتلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)[٢] فضلاً عن مسائل الصحة الجنسية. وثمة مسائل صحية نفسية مهمة متعلّقة بكلٍّ من هذه المواضيع. وقد تطرّقت صفحات أخرى من هذا الدليل إلى عدد كبير منها (مثلاً راجع القسم ٧–٢ للعنف المنزلي، والقسم ٩–٨ لنقص المناعة المكتسب).

(١) «الأسس الثقافية النفسية والتربوية في مواضيع الصحة الإنجابية، د. مريم سليم. انظر المراجع.

(٢) كتاب «الإيدز والصحة والناس» انظر المراجع.

وفي القسم ١٠-٩ عالجنا مسألتَي الجندر أو (النوع الاجتماعي) والصحة النفسية وهما أوسع من المسائل السابق ذكرها. أما في هذا الفصل، فسوف نركّز على مسائل الصحة النفسية المتعلّقة بالأمراض النسائية وبصحة الأم. (للمزيد انظر كتاب «الصحة لجميع النساء: حيث لا يوجد عناية طبية للنساء»).

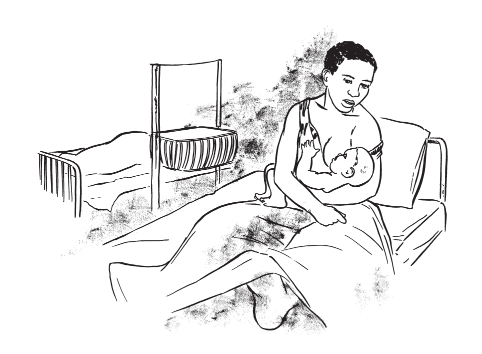
٩-٢-١ الصحة النسائية والصحة النفسية

إذا نظرنا إلى الصحة النسائية من منظار الصحة النفسية، فثمة ثلاثة أنواع مهمة من المشكلات النسائية:

- **شكاوى صحية نسائية.** إنّ الشكاوى المتعلّقة بالصحة النسائية شائعة، لا سيّما الإفرازات المهبلية والألم في أسفل البطن. وكثير من النساء اللواتي يعاني هذه المشكلات، ويشكو أيضاً من التعب والضعف، ومن الاكتئاب والقلق.
- **شكاوى متعلّقة بالعادة الشهرية.** يشكو بعض النساء من شعور بالمرض قُبيل موعد العادة الشهرية، وهذا يسمّى أحياناً متلازمة ما قبل العادة الشهرية syndrome pre–menstrual. وقد تشكو النساء اللواتي يعانين هذه المتلازمة من سرعة الانفعال والشعور بالاكتئاب وقلة التركيز والتعب. أما في «سن الأمان» (سن «الأمل» – أو ما كان يسمى «سن اليأس»، السلبي)، أي عندما ينقطع الطمث، فيشكو بعض النساء من آلام الرأس، والبكاء، وسرعة الانفعال، والقلق، ومشكلات النوم، والإرهاق، وتدنّي الرغبة الجنسية.
- **الخضوع لعمليات جراحية في الأعضاء التناسلية.** إنّ النساء اللواتي خضعن لعملية جراحية ضمن مخططات تنظيم الأسرة (مثل ربط قناة فالوبْ tying of fallopian tubes) أو عملية جراحية في البطن (مثل استئصال الرحم) أو في الصدر (في حالات سرطان الصدر مثلاً)، قد يواجهن مشكلات صحية نفسية. فالجراحة النسائية تسبّب ضغطاً فريداً من نوعه على المرأة لأنّ الأعضاء النسائية الإنجابية مرتبطة بالحياة الجنسية للمرأة وبهويتها وإحساسها بالأنوثة.

وفي إطار ممارستنا، ينبغي أن نسأل المرأة التي تشكو من الاكتئاب والقلق. وعلينا اللجوء إلى الإرشاد ومضادات الاكتئاب كما هو مطلوب.

٩-٢-٢ صحة الأم والصحة النفسية



الأمومة هي من الفترات التي تعطي المرأة في حياتها الفرحَ والرضا. غير أنها أيضاً فترة من التغيير الكبير في جسدها وعلاقاتها وعملها. فقد تتأثر العلاقة مع الأطفال الآخرين أو مع الأب/الشريك على سبيل المثال، كما أنّ حجم الأعمال سوف يزداد بشكل ملحوظ مع ولادة طفل جديد. كذلك، قد تؤثر هذه التغييرات على عواطف الأم. وتُعتبر مسائل الصحة النفسية مهمة بالنسبة إلى حالتين محددتين متعلّقتين بصحة الأم:

- **اكتئاب ما بعد الولادة:** بعض النساء يختبرْنَ الاكتئاب في الفترة التي تلي الولادة مباشرةً. ومن العوامل المعروفة التي تزيد احتمال الاكتئاب: الزواج غير السعيد أو العلاقة العاطفية غير المستقرة والعنف المنزلي ومشكلات الرضاعة ووفاة الطفل أو مرضه وولادة بنت في بعض المجتمعات (الذي تُلام عليه المرأة !). أما الحمل المخطّط له والدعم الذي يقدّمه أفراد العائلة المقرّبون للأم فهما عاملان يقِيَان الأم من الاضطرابات النفسية التي تلي الولادة كاكتئاب ما بعد الولادة. وقد يستمرّ اكتئاب ما بعد الولادة اثني عشر شهراً، وقد يعاني الطفل الإهمال في هذه الفترة، كما أن تطوّره قد يتأثر (راجع القسم ٤-٦ للمزيد من التفاصيل).

- **الإجهاض وفقدان الحمل:** إنّ فقدان الحمل بسبب الإجهاض الطبيعي أو المفتعَل قد يؤدّي إلى الاكتئاب. فقد تشعر المرأة بالذنب لأنها أجهضت طفلها، وقد تفقد احترامها لنفسها لأنها لا تستطيع الاعتماد على جسدها لتنجب طفلاً. ومن المشاعر التي تخالج المرأة بعد فقدان حملها مشاعر الخسارة والحزن والفراغ العاطفي والغضب وعدم الشعور بالانتماء ولوم النفس والغيرة.

إنّ العاملين الصحيين في أماكن تقديم خدمات الصحة للأمهات، مثل القابلات أو فريق العمل في عيادة الصحة قبل الولادة، يمكنهم أن يؤدّوا دوراً مهماً في الوقاية من الاكتئاب المرتبط بفقدان الحمل والولادة. كما يمكنهم إرشاد النساء الأكثر تعرّضاً للاكتئاب، كالمرأة التي يموت طفلها، أو التي تعرّضت لإجهاض طبيعيّ، أو التي تعاني زواجاً غير سعيد، أو التي لا تحظى بالدعم الوافر من أفراد العائلة الآخرين. ويرتكز الإرشاد إلى نقطتين:

- مساعدة المرأة على التحلّي بالقوة فتتكيّف مع فقدان الحمل أو مع الاعتناء بمولودها الجديد، وذلك بإعطائها النصائح حول إرضاع الطفل ورعايته وحول حاجتها هي إلى الراحة والتغذية وحول ضرورة التحدّث عن مشاعرها مع أفراد العائلة المقرّبين.
- إطلاع الوالدين معاً على ضرورة تشارُك المسؤوليات في رعاية الطفل، لا سيّما في المجتمعات التي يقضي فيها التقليد بألا يشارك الوالد في الرعاية، التي تعتبر وظيفة المرأة. فينبغي أن يعرف الآباء أنّ رعاية الطفل ليست مسؤولية مشتركة فحسب، بل إنها خبرة ممتعة أيضاً.

أحياناً يتعدّى الإرشاد الوالدين، فيطال أفراد العائلة الآخرين، خصوصاً في الأماكن ذات النظام العائليّ المشترك. فنشجّع كبار السن على مساعدة الأم بتخفيف حجم الأعمال الموكولة لها، ونقدّم التوعية اللازمة للأفراد الذين لهم رأي سلبيّ في ما يتعلق بإنجاب بنت. وأخيراً ينبغي أن نشجّع كل الأزواج على مناقشة الحمل والتخطيط له. فالحمل المخطط له يساعد في ضمان صحة الأم الجسدية والنفسية.

٩–٣ صحة السجناء

٩–٣–١ الاضطراب النفسي والجريمة

يؤثر بعض الاضطرابات النفسية في سلوك الأشخاص الذين يعانون هذه الاضطرابات، فتصدر عنهم تصرّفات مخالفة للقانون. وفي ما يلي بعض الأمثلة الشائعة على هذه التصرّفات:

يمكن أن يصدر السلوك العنيف عن الأشخاص الذين يعانون اضطرابات نفسية حادة. ففي مرحلة الذهان مثلاً، قد يتجوّلون في الأماكن العامة ويصرخون بوجه الأشخاص. حتى إن المريض النفسي قد يهدّد الأشخاص أو يعتدي عليهم، ولكنّ هذا نادر.



- السرقة جرمٌ مرتبط بالأشخاص الذين يدمنون المخدّرات أو الكحول. والسبب بسيط، فهؤلاء الأشخاص يسرقون لكي يحصلوا على المال ويشتروا حاجتهم من المادة التي يدمنونها. أما عند المراهقين فقد تكون السرقة ناتجة من مشكلة سلوكية.
- القيادة الخطرة مرتبطة بالإفراط في شرب الكحول، وبالاضطرابات النفسية الحادة.

ولكن إذا نظرنا إلى مسألة الاضطراب النفسي والجرم وطرحنا السؤال التالي: «هل إنّ معظم الأشخاص الذين يرتكبون الجرائم

يعانون «مرضاً» نفسيّاً؟، فالجواب هو «لا». كذلك، من الضروري ألا تتعامل مسبقاً مع الأشخاص الذين يعانون «مرضاً» نفسيّاً على أنهم عنيفون أو يحتمل أن يخرقوا القانون. فكثير من الأشخاص الذين يعانون اضطرابات نفسيّة ليسوا عنيفين.

٩–٣–٢ الصحة النفسية للسجناء

إنّ صحة السجناء النفسية مهمة لسببين:

- بعض الأشخاص الذين يعانون اضطرابات نفسيّة يتورّطون في أنشطة جرمية وينتهي بهم الأمر في السجن.
- المكوث في السجن قد يسبّب الكثير من الضغط. فالعزلة وفقدان الحرية والقلق، كلها عوامل قد تؤدّي إلى اضطرابات نفسية عند بعض الأشخاص. وقد يشهد بعض السجون تناول المخدّرات وأعمال عنف. وبالتالي فإنّ المكوث في السجن قد يسبّب الاضطرابات النفسية.

إن للسجناء وغيرهم من المحتجزين مجموعة متكاملة من الحقوق الأساسية غير القابلة للتصرف فيها أو التنازل أو إيراد أية قيود عليها، وهي تستمد طبيعتها تلك، أولا، من صفة السجين كإنسان، وهي صفة يتساوى فيها مع غيره خارج أسوار السجن، وثانياً، من هدف العقوبة ذاته الذي يرمي إلى إعادة تأهيل السجين وتتمثل تلك الحقوق الأساسية في التمتع بالكرامة الإنسانية، الحق في الحماية من التعذيب، المعاملة القاسية ، الحق في الحصول على مستوى مناسب من الحياة المعيشية وفي الحصول على الإنصاف القضائي العادل. عن موقع الشبكة العربية لمعلومات حقوق الإنسان: http://www.hrinfo.net.

أما أنواع الاضطرابات النفسية الشائعة نسبيّاً في السجون فهي:

- حالات الذهان، خصوصاً عند الأشخاص الذين يتصرّفون بطريقة غريبة، ويكلّمون أشخاصاً خياليّين، أو يكلّمون أنفسهم، وعند الأشخاص كثيري الحركة أو المضطربين.
- الأعراض الناتجة عن الانقطاع عن تناول الكحول أو المخدرات عند الأشخاص الذين يدمنون شرب الكحول أو المخدّرات، بعد دخولهم السجن بوقت قصير.
- الاكتئاب والقلق اللذان ينتجان عن ظروف السجن (قد يحصل الانتحار حتى في الأماكن التي تخضع لحراسة قصوى، مثل السجون).

٩–٣–٣ الاعتناء بالصحة النفسية عند السجناء

السجن هو مكان قاس بِشكل عام. فالانضباط والرتابة هما أساس الحياة اليومية فيه. إنه المكان الذي يُرسَل إليه الأشخاص لينالوا العقاب. وقد يكون من الصعب أن تكون لطيفاً مع شخص ربما ألحق الكثير من الأذى بشخص آخر. ولكن ينبغي بالعاملين الصحيين، بوَعي تام منهم، أن يتجنّبوا إطلاق الأحكام في ما إذا كان الشخص مذنباً أم بريئاً، طيباً أم سيّئاً. أما المهارة المفيدة في هذه الحالة فهي «الشعور والتعاطف الوجداني مع الآخر» (empathy)، أي القدرة على أن تتخيّل نفسك مكان الشخص الآخر وتحاول أن تشعر بما يشعر به. عندئذٍ ستدرك أنّ من يرتكب جريمة هو شخص لم يبقَ أمامه خيار آخر، وربما يكون الفقر قد أجبره على ارتكاب الجريمة. طبعاً هذا لا يبرّر الجريمة، ولكنه يساعدنا في فهم السجين على أنه كائنٌ بشريّ ضعيف.

يمكننا أن نحسّن ونعزّز صحة السجناء النفسية عبر الطرق التالية:

- **الإرشاد الفرديّ.** وفي ما يلي العناصر الأساسية لهذا الإرشاد:
  - نصغي إليه: نعطِي السجين الفرصة ليشاركنا مشاعره، ونستعمل هذه المناقشة لنقيّم صحته النفسية ونعرف وإذا كان يعاني مرضاً ذهانيّاً.



- نناقِش حاجاته العملية والآنية: مثلاً، قد يكون السجين متعطشاً لرؤية عائلته، الأمر الذي قد يسبّب له الكثير من التعاسة. إنّ تأمين زيارة عائلية قد يساعد في تحسّن صحته النفسية.
- ندرّبه على مهارات حلّ المشكلات (راجع القسم ٣–٢–٥).

- **دعم الأقران.** غالباً ما يحاول العاملون الصحيون في السجون أن يعرفوا من هم السجناء الذين يمكن الاعتماد عليهم لكونهم متعاطفين مع الآخرين ويتمتعون بالمهارات اللازمة للمساعدة. يمكننا الاستعانة بهؤلاء الأشخاص ليقوموا بدور المرشدين أو الأصدقاء ويقدّموا الدعم للسجناء الآخرين الذين يحتاجون إلى المساندة.
- **المجموعات.** نُطلع إدارة السجن على حاجة السجناء إلى التجمّع لمناقشة مخاوفهم المشتركة (راجع القسم ١٠–١ للتعرّف على كيفية إنشاء وتيسير المجموعات).
- **معالجة اضطرابات نفسية محدَّدة.** والأعراض المحدَّدة قد تشمل:
  - ردود الفعل الناتجة من الانقطاع عن تناول الكحول والمخدّرات (راجع الفصل ٦)
  - السلوك العنيف أو المضطرب أو المشوّش (راجع القسمين ٤–١ و ٤–٢)
  - السلوك والأفكار الانتحارية (راجع القسم ٤–٤).

٩–٣–٤ تحسين النظام

غالباً ما يكون العمل مع السجناء صعباً لأن نظام السجن كله قد لا يكون مؤاتياً للحاجات العاطفية عند كلّ مَن هم في الداخل. كذلك، قد يكون العمل في السجون سبباً للضغط، ومشكلات عاطفية عند آمر السجن والحرّاس وغيرهم. لذا، يمكننا أن نؤدي دوراً مهماً في تحسين نوعية الحياة في داخل السجون، الأمر الذي سيفيد الصحة النفسية للأشخاص الذين يعيشون أو يعملون في السجون. فالأنشطة التي تسمح بالتعبير والحوار الصريح عن مسائل معيّنة بين السجناء والعاملين في السجن من شأنها أن تزيل الشكوك. كذلك، فإنّ التجمّعات الدورية ومشاركة المنظمات غير الحكومية والمعنية بأنشطة تعزيز الصحة النفسية للسجناء وبحقوقهم، قد تكون مفيدة أيضاً. كما يمكننا بذل جهود لمساعدة السجناء والعاملين في السجن على التعامل مع الضغط من خلال ممارسة التأمّل أو تمارين الاسترخاء (راجع القسم ٣–٢–٣) يمكن أن نساهم في أن يتشارك الجميع مهاراتهم ما يرفع من معنوياتهم.

٩–٤ اللاجئون

يبتعد آلاف الأشخاص عن بيوتهم هرباً من الحرب أو الاضطهاد أو المجاعة. هؤلاء نسمّيهم اللاجئين أو النازحين أو المهجّرين، أي الأشخاص الذين أجبِروا على ترك منازلهم في محاولة لإنقاذ حياتهم. فالحرب والإرهاب والشغب والاضطراب الأهلي، كلها حالات مفجعة واقعية في عدة مناطق في العالم. ومع تطوّر التكنولوجيا، تطوّرت آلات القتل بدورها، وأصبحت تجارة الأسلحة أشدّ فتكاً وأكثر وحشيّة. أما الإصابات الأسوأ فمن الشائع أن يتحمّلها المدنيون، لا سيما النساء والأطفال. ومع ذلك فإنّ اللاجئين هم الأوفر حظّاً، أمّا الذين يبقون في منازلهم فهم معرّضون للرعب الناتج من الحرب وللمعاملة اللا–إنسانية التي ينالونها من المعتدين. فتُغتصَب النساء، ويُقتل الرجال، وتُدمَّر القرى والمجتمعات بكاملها. وتأتي آثار الحرب على الصحة النفسية من هذا الغياب التام للإنسانية والفقدان الكامل للإيمان والرعب الذي ينتج من رؤية الناس يتعرّضون للأذى.

أبرز النتائج النفسية الاجتماعية للنزوح:

- «العزلة الاجتماعية» التي قد تصل إلى الشعور بالغربة.
- الإقامة ضمن شروط معيشية غير ملائمة.
- فقدان موارد الرزق والمداخيل.
- البطالة.
- تدهور الخدمات المتعلقة بالتعليم والصحة.

٩–٤–١ تلبية الحاجات الأساسية أوّلاً

إنّ تأمين السلامة والحاجات الأساسية مثل الماء والطعام هو التدخّل الأهمّ لدعم الصحة النفسية للاجئين وللأشخاص الذين يعيشون في المناطق التي تتعرّض للحرب. مع مرور الزمن، يصبح من المهم أن يعيش الناس حياة طبيعية قدر الإمكان. فإذا أخذ الأفراد اللاجئون على عاتقهم مسؤوليات وأدواراً محدَّدة، فسوف يديرون بأنفسهم عملية الإغاثة، الأمر الذي سيخفف الشعور بالاتكالية والعجز.



تعرّف الأمم المتحدة اللاجئ بأنه «الفرد الموجود خارج وطنه لخوفه المشروع من أن يكون مضطهدا بسبب عرقه، أو دينه، أو جنسه، أو انتمائه إلى مجموعة اجتماعية خاصة، أو رأيه السياسي الخاص، والذي بفعل مثل هذا الخوف، لا يريد أو لا يستطيع الاستفادة من الحماية المتوافرة في وطنه، أو انه الفرد الذي لا جنسية له ويقيم خارج بلد إقامته السابقة المعتادة بسبب مثل هذه العوامل وهذا الخوف، ولا يريد أو لا يستطيع العودة إليه». المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين.

والتهجير هو انتقال قسري بسبب صراعات داخلية تدفع الأسر والأفراد إلى مغادرة أماكن إقامتهم الأصلية والتوجه إلى أماكن توفر لهم قدرا أكبر من الأمن وشروط الاستقرار. الوضع السكاني في لبنان، نوفل رزق الله، حلا، شركة المطبوعات للتوزيع والنشر، الطبعة الأولى، ٢٠٠٣.

وتؤكد اللجنة العليا لشؤون اللاجئين التابعة للأمم المتحدة ارتفاع عدد اللاجئين في العالم إلى أعلى مستوى له منذ العام ٢٠٠٢ وعزت ذلك إلى نزوح نحو مليون ونصف المليون شخص من العراق ولجوئهم إلى سوريا (مليون ونصف لاجئ) والأردن (حوالي مليوني لاجئ) بشكل خاص. ويشار إلى أن الصومال يشهد حربا أهلية منذ ١٩٩١ ويواجه أزمة إنسانية خطيرة منذ عدة أشهر. واعتبرت المفوضية العليا للاجئين أن المعارك التي بدأت منذ مطلع العام الجاري أرغمت نحو ٤٠٠ ألف شخص على الفرار من العاصمة. راجع موقع اللجنة العليا لشؤون اللاجئين التابعة للأمم المتحدة. الموقع: www.unhcr.org

(راجع كتاب أطفال فلسطين والهجرة: العيش في ظل الهجرة القسرية في الشرق الأوسط، النسخة العربية الصادرة عن ورشة الموارد العربية ومؤسسة الدراسات الفلسطينية، تموز/يوليو ٢٠٠٧).

٩–٤–٢ الصحة النفسية للاجئين

قد يعاني اللاجئون مشكلات صحية نفسية لعدة أسباب:

- **الحزن والحداد:** إنّ خسارة كلّ الممتلكات الخاصة، بما فيها المنزل العائلي والدخل، هي مفاجأة رهيبة للأشخاص، لا سيما الأشخاص الفقراء أصلاً. وما يزيد حدّة الحزن أنّ الحدث بحدّ ذاته لا يحمل أيّ معنى.
- **التعرّض للعنف المرعب:** عدد كبير من اللاجئين قد شهد أو عانى أحداث مروعة.
- **الإصابات أو الأمراض الجسدية:** هذه الأمراض أيضاً قد يكون لها أثر على الصحة النفسية.
- **العيش في بيئة خالية من شبكات الدعم الاجتماعي:** غالباً ما تكون مخيّمات اللاجئين أمكنة حزينة، والمنشآت الصحية فيها مكتظة وفقيرة. وقد يتواجد في المسكن نفسه أشخاص من مجتمعات مختلفة.

سوف يتكيّف معظم اللاجئين مع الضغط. ويجدون طريقة لطلب الدعم من الآخرين ولشغل أنفسهم بنشاطات معيّنة. ولكن، ينبغي أن نتوقّع ظهور بعض ردود الفعل العاطفية ودلائل الاضطراب النفسي عند بعض الأشخاص. أما الأمراض النفسية الأكثر شيوعاً فهي الاكتئاب والضغط الناتج من صدمة (راجع القسم ٧–١). وقد يشكو الشخص عادة من صعوبة النوم والكوابيس والشعور بالخوف والتعب وفقدان الاهتمام بالنشاطات اليومية والشعور بالرغبة في الانتحار. ومن الأعراض الواردة والأقل شيوعاً أن يصبح بعض الأشخاص كثير الاضطراب ويتصرّف بطريقة غريبة. فينبغي أن تتم رعاية هؤلاء الأشخاص في منشآت طبية.

خلال العمل مع اللاجئين، يجدر بمؤمّني الرّعاية أن يأخذوا بالاعتبار المعتقدات الثّقافيّة والدّينيّة عند الأفراد الّذين يعملون معهم[٣]:

- نقدّم خدماتنا لجميع الأفراد بغض النظر عن معتقداتهم الثّقافيّة والدّينيّة أو آرائهم السّياسيّة.
- نحترم المسائل الحسّاسة المتعلّقة بأمور فصل الجنسين (الإناث والذكور) أثناء تنظيم المجموعات أو الاجتماعات (قد يفضّل بعض الجماعات اجتماعاً منفصلاً للنّساء).
- نكون حسّاسين للخيارات الثّقافيّة (قد تفضّل امرأة من ضمن الجماعات المتضررة أن يتم رعايتها من قبل عاملة رعاية وليس عامل رعاية).
- نحرص على خصوصيّة كل الأفراد آخذين بالاعتبار تفضيل بعض الأفراد أن تتم رعايتهم بحضور عائلاتهم.
- لا ندخل معهم في نقاش عن المواضيع الثّقافيّة والدّينيّة.

٩–٤–٣ الأطفال المتورّطون في الحرب

إنّ الضغط الناتج من النزاعات قد يسبّب الكثير من الضغط للأطفال. وغالباً ما يكون الأطفال أسوأ ضحايا الحرب، ليس لأنهم قد يفقدون أهلهم وعائلاتهم فحسب، بل لأنهم قد يُستعملون ليقوموا بدور العملاء في الحرب. والجنود الأطفال قد يواجهون الإصابات الجسدية الحادة والموت، وليس هذا فحسب، بل إنهم قد يمارسون العنف بدورهم على الآخرين. وهذه التجارب قد تجعل منهم أشخاصاً عنيفين.

عندما يتعرّض بعض الأطفال للعنف، يصبح منعزلاً ويشكو من الكوابيس وأوجاع الرأس والآلام في أجزاء أخرى من جسده، ويتصرّف كما لو كان أصغر سنّاً بكثير (راجع القسم ٨–٤).

> يشير مصطلح «معاهدة الأمم المتحدة بشأن الأطفال الجنود» إلى البروتوكول الاختياري الملحق باتفاقية حقوق الطفل والخاص بإشراك الأطفال في النزاعات المسلحة، والذي يحظر إشراك الأطفال دون سن الثامنة عشرة في العمليات الحرية وجميع أشكال التجنيد الإجباري للأطفال، كما يدعو حكومات العالم إلى رفع الحد الأدنى لسن التجنيد الاختياري. وبحلول أكتوبر/تشرين الأول ٢٠٠٤، بلغ عدد الدول التي صدقت عليه ٨٥ دولة، بينما وقّعت عليه ١١٦ دولة.

(٣) دليل منظمة الصحة العالمية حول الدعم النفسي الاجتماعي خلال الطوارئ، أيلول/ سبتمبر ٢٠٠٦.



تشير الإحصاءات إلى أن أكثر من نصف مليون طفل تم تجنيدهم فى قوات حكومية ومجموعات مسلحة فى ٨٧ دولة. وفى كل يوم تقدر المشاركة بـ ٣٠٠ الف طفل جندي في النزاعات المسلحة فى اكثر من ٣٠ دولة فى العالم، وفقا للمسح العالمي للأطفال الجنود للعام ٢٠٠١ م. وقد تم تعريف الطفل الجندى وفقا لمبادئ «كيب تاون»: على أنه أى شخص تحت سن الثامنة عشرة من العمر، والذي يكون جزءاً من أي نوع من أنواع القوات المسلحة النظامية او غير النظامية او مجموعة مسلحة بأي صفة. ولا يقتصر على الطباخين والحمالين والمراسلين، وأي شخص يكون مصاحباً لهذه المجموعات غير أفراد الأسرة. ويشمل التعريف البنات اللائي جندن لأغراض جنسية وللزواج القسري. وعليه لا يشير فقط إلى الطفل الذي يحمل أو قد حمل السلاح. ورشة الأطفال الجنود تدعو لنشر ثقافة السلام وزيادة فرص التدريب – آمان: المركز العربي للمصادر والمعلومات، ٢٦/ ١١/٢٠٠٧.

للمزيد حول معاناة الأطفال الجنود وطرق تأهيلهم، راجع تقرير «الأطفال الجنود: معاناة الأطفال: إعادة التأهيل النفسيّة الاجتماعية للأطفال الجنود كأداة لبناء السّلام على الموقع الالكتروني www.crin.org/docs/Linked_Guyot_2007.pdf أو على موقع ورشة الموارد العربية لبريد حقوق الطفل–العدد٧ : http://www.mawared.org/arabic/?q=node/481.

٩–٤–٤ تعزيز الصحة النفسية في مخيّم للاجئين

يمكن أن يؤدّي العامل الصحي دوراً كبيراً في تعزيز الصحة النفسية في مخيّم للاجئين:

- **تسليم المسؤوليات:** الشعور بالعجز هو من أسوأ التجارب التي يمكن أن يختبرها اللاجئون. فيجدون أنفسهم معتمدين كليّاً على عاملي الإغاثة بالنسبة إلى تحمّل المسؤوليات والقدرة على اتخاذ القرارات لتلبية حاجاتهم، كما أنهم يشعرون بأن ظروفهم ليست تحت سيطرتهم. فتسليم المسؤوليات يعني أن تفوّض الأفراد للقيام بمهمات معيّنة. نحدّد نقاط القوة عند كلّ فرد، ومن ثمّ نسلّم المسؤوليات.

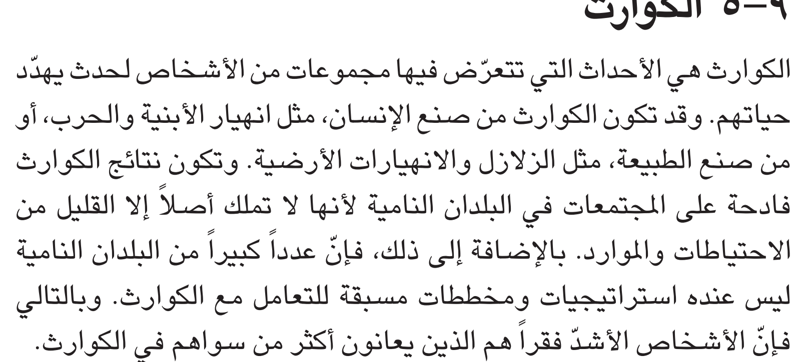
- **تنظيم النشاطات الجماعية:** يمكن أن يعمل اللاجئون في عدد من النشاطات الجماعية، مثل المساعدة في تحضير الطعام ورعاية المرضى. كذلك، فإنّ مجموعات الدعم قد تساعد في تحديد المشكلات المشتركة وإيجاد حلول لها (راجع القسم ١٠–١). وينبغي أن يُعطى الأطفال فرصة ليعيشوا حياة شبه طبيعية من خلال حضور الصفوف المدرسية واللعب الجماعي، مثلاً.

- **إرشاد الأفراد:** قد يحتاج بعض اللاجئين إلى مساعدة معيّنة، مثل المرأة التي فقدت كلّ أولادها أو التي تعرّضت للاغتصاب. والإرشاد يعني الإصغاء إلى تجارب الأشخاص والاجتماع بهم دوريّاً وإعطاءهم المساعدة والنصائح البسيطة والعملية ومساعدتهم على حل مشكلاتهم (راجع القسم ٣–٢–٥).

- **تأمين الأدوية:** قد تصادف أحياناً شخصا مكتئبا جدّاً، ويمكن أن تساعده الأدوية المضادة للاكتئاب . وأحياناً أخرى قد يصدر عن أحد الأشخاص سلوك مضطرب، والاستعمال المناسب للأدوية المنوّمة أو المهدئات لفترات قصيرة قد يساعد في تهدئة هذا الشخص (راجع الفصل ١١). (ينصح بوصف الأدوية النفسية واستعمالها بحذر وانتباه وفقط في الحالات التي تستدعي ذلك تحت إشراف اختصاصي).

٩–٥ الكوارث





الكوارث هي الأحداث التي تتعرّض فيها مجموعات من الأشخاص لحدث يهدّد حياتهم. وقد تكون الكوارث من صنع الإنسان، مثل انهيار الأبنية والحرب، أو من صنع الطبيعة، مثل الزلازل والانهيارات الأرضية. وتكون نتائج الكوارث فادحة على المجتمعات في البلدان النامية لأنها لا تملك أصلاً إلا القليل من الاحتياطات والموارد. بالإضافة إلى ذلك، فإنّ عدداً كبيراً من البلدان النامية ليس عنده استراتيجيات ومخططات مسبقة للتعامل مع الكوارث. وبالتالي فإنّ الأشخاص الأشدّ فقراً هم الذين يعانون أكثر من سواهم في الكوارث.

وأهم عناصر الإغاثة في الكوارث هو تأمين الحاجات الأساسية للأشخاص المتضررين، بما فيها الطعام ومياه الشرب والمأوى والإسعافات الطبية الطارئة للإصابات.

٩–٥–١ الكوارث والصحة النفسية

ينبغي أن تأخذ بالاعتبار هذه التجارب التي ترتبط بالكوارث:

- حياتك مهدَّدة.
- أصيب أفراد مقرّبون من عائلتك بإصابات خطيرة أو ماتوا.
- دُمِّر منزلك (أنت وعائلتك من دون منزل).
- صحتك الجسدية متضررة بسبب نقص الغذاء والماء.

قد يكون لهذه التجارب أثر كبير على الصحة النفسية. فلا شكّ في أنّ أشخاصاً كثيرين يُعانون مشكلات صحية نفسية في حالات الكوارث. أما أكثر المشكلات شيوعاً فهي الاكتئاب والقلق واضطراب الضغط الناتج عن صدمة. والدلائل الأولى للمشكلات النفسية هي اليأس والخوف والأفكار الانتحارية وفقدان الاهتمام بالحياة اليومية. (هنا ينبغي التمييز بين الاستجابات النفسية «الطبيعية» في ظروف «غير طبيعية» والتي لا تستمر طويلاً، وبين دلائل الاضطرابات النفسية التي قد تستمر طويلاً وتؤثّر بشدة على حياة الفرد).

٩–٥–٢ إدراج الصحة النفسية في إطار الإغاثة في الكوارث



تتطلب الكوارث مقاربة شاملة للمسائل الصحية. فعندما يؤمّن العامل الصحي الحاجات الأساسية فإنه يقوم في الوقت نفسه بتدخّل مهم على صعيد الصحة النفسية. والإرشاد يساعد «الضحايا» على التكيّف بشكل أفضل مع حالتهم. وينبغي أن يتضمّن إرشاد ضحايا الكوارث ما يلي:

- نحاول أن نعرف مكان أفراد العائلة الآخرين. فغالباً ما ينفصل أفراد العائلة بسبب الكوارث، وإذا استطعنا أن نلم شمل أفراد العائلة الواحدة معاً، نكون قد قمنا بعمل مهم جدّاً.
- أهمّ ما يمكننا أن نسأل عنه هو ما يحتاج إليه الشخص، أي المساعدة العملية، مثل المعلومات حول إعادة بناء منزل.
- يمكننا أن نساعد على التخفيف من شعور الأشخاص بالعزلة والوحدة إذا سألناهم عمّا يذكرونه من الكارثة التي حصلت، وناقشنا معهم هذه التجربة المسبّبة للصدمة.

- حلّ المشكلات هو خطوة مهمة. فالشخص قد يشعر بأن المشكلات أكبر منه، وإذا ساعدناه في اختيار المشكلات الأساسية وفي اكتشاف طرق حلّها (راجع القسم ٣–٢–٥)، نكون قد زوّدناه بقدر كبير من القوة.
- يمكننا أن نؤمّن علاج الاضطرابات النفسية، مثل الاكتئاب.

عند حدوث الكوارث، يأتي أشخاص من جمعيات ومؤسسات مختلفة في الوقت نفسه ليعملوا في المناطق المتضرّرة. ينبغي أن نعي أنهم سيقدّمون أشكالاً مختلفة من المساعدات. فقد نجد بين هؤلاء أشخاصاً يقدّمون مساعدات لرعاية الصحة النفسية. في هذه الحالة، يمكننا أن نفكر في أن نحيل على هؤلاء الأشخاص الذين يعانون الاكتئاب الشديد أو يرغبون في الانتحار. وأخيراً، نتذكّر أنّ العمل مع ضحايا الكوارث (وضحايا العنف والحرب) قد يكون بحدّ ذاته مسبّباً للضغط. فعلينا الانتباه إلى صحتنا النفسية الشخصية أيضاً (راجع القسم ٩–١١).

٩–٦ صحة المراهقين

٩–٦–١ ينبغي أن يكون النمو والتطور مصدر متعة

المراهقة هي سنّ مميّزة في حياة كلّ إنسان. إنها تلك الفترة التي يشعر فيها الأطفال بأنهم كبار، ويرون أنفسهم أشخاصاً فريدين ومميّزين منهم. ويرغبون في الحصول على أصدقاء، ويحتاجون إلى الدراسة لأنهم سوف يخضعون لامتحانات مهمة. والمراهقة هي فترة مشوّقة بشكل خاص، إذ يظهر فيها عند الأشخاص الشعورُ بالانجذاب الجنسيّ تجاه الآخر. وتبدأ سنّ المراهقة في عمر الحادية عشرة أو الثانية عشرة وتستمرّ حتى التاسعة عشرة أو العشرين.



لقد أصبحت مسألة الصحة في سن المراهقة مسألة مهمة. فإذا استطعنا أن نضمن لشبابنا الصحة الجيّدة، عندئذٍ نضمن سلامة مجتمعاتنا في المستقبل. فبسبب كل هذه التغييرات التي تطرأ على أجساد الشباب وحياتهم[٤]، تُتسبب المراهقة أيضاً الضغط والصعوبات. وأحد الأسباب المهمة التي تقلقنا على صحة شبابنا هي النضوج الجنسيّ الذي بدأ يظهر. فتعزيز المعرفة الجنسيّة والحسّ المشترك بين الشباب هو وسيلة مفيدة للوقاية من فيروس نقص المناعة البشري المكتسب (HIV) ومتلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) وأمراض أخرى منقولة جنسيّاً.

٩–٦–٢ المسائل المتعلّقة بالصحة النفسية

ثمة ثلاث مسائل صحية نفسية مرتبطة بعملية النمو:

- **الإكتئاب.** من الأسباب الشائعة للاكتئاب: الشجارات في داخل العائلة والصعوبات الدراسية والمشكلات في العلاقات مع الأصدقاء والبطالة (راجع القسم ٨–٧).
- **إدمان المخدّرات والكحول.** إنّ عدداً كبيراً من الشباب يجرّب تدخين السجائر وشرب الكحول وتناول المخدّرات مثل الحشيش، والماريوانا. أما الخطورة فهي أن تتحوّل التجربة إلى عادة (راجع القسم ١٠–٥).
- **التغييرات الهرمونية.** إن هذه التغييرات الفيزيولوجية الطبيعية في فترة المراهقة تأتي بتغييرات عاطفية ومشاعر عدم الاستقرار.

---

(٤) أنظر «رزمة الشباب والحياة الصحية» حول موضوعات الصحة الجسدية والجنسية للشباب، وكتاب «الإيدز والصحة والناس» www.mawared.org

- **حالات الفصام.** هذه المشكلة أقلّ شيوعاً بكثير من المشكلتين الأوليين. ولكن من المهم أن نبقيها في ذهننا، لأنّ الفصام، وهو اضطراب نفسيّ حاد، غالباً ما يبدأ في سنّ المراهقة، لا سيّما عند الصبيان. فإذا أخبرنا الوالدان أنّ ابنهما يبتعد شيئاً فشيئاً عن أصدقائه وعائلته ويتصرّف بطريقة غريبة ويقول أشياء غريبة، ينبغي أن نفكر في احتمال الفصام.



٩–٦–٣ إدراج الصحة النفسية في التربية

تتوفر التربية الجنسية في عدة مدارس اليوم لتعليم المراهقين كيف يتخذون القرارات الصحيحة بشأن سلوكهم الجنسيّ. ولا بدّ أن هذه البرامج ستكون أكثر فعالية إذا ضُمِّنت مكوّنات متعلّقة بالصحة النفسية. وينبغي أن يشمل هذا النوع من المداخلات المسائلَ الآتية:

- **التفكير الإيجابي:** إنّ احترام الذات يعني مدى تقدير الشخص لنفسه. فإذا كان شعوره جيّداً تجاه نفسه، يكون احترامه لذاته كبيراً. أما إذا كان بائساً وتعيساً، فسيكون احترامه لذاته متدنّياً. وإذا كان شعوره جيّداً تجاه نفسه، فسوف يقبل التحدّيات، وتكون ثقته بنفسه عالية، ويستمتع بصداقاته. أما الطريقة المثلى لتعزيز احترام النفس، فهي أن تساعد الأشخاص على أن يتقبّلوا أنفسهم بتحديد نقاط القوة ونقاط الضعف عندهم. وينبغي أن يفهم المراهقون أهمية أن يضعوا أهدافاً واقعية، وأن يتعلّموا الثقة واكتساب الأصدقاء من أقرانهم، وأن يفتخروا بإنجازاتهم مهما تكن صغيرة. فأحد الأسباب الشائعة لتدنّي احترام النفس عند المراهقين هو نظرتهم إلى مظهرهم الخارجيّ. ذلك أنّ صناعة الموضة تصنّف بعض أنواع المظاهر على أنه مقياس الجمال. فادحض هذا الادعاء بتسليط الضوء على دور الفرد بكلّيته، وعلى العظماء الذين ساهموا في بناء المجتمعات بفضل معطيات أخرى غير مظهرهم الخارجيّ وحده.
- **تعلّموا قول «لا»:** هذه الرسالة هي جزء مهم من تعزيز الصحة الجنسية، ولكنها لا تقلُّ إفادةً بالنسبة إلى مساعدة الشباب ليتعلّموا كيف يتعاملون مع رغبتهم في تدخين السجائر، أو شرب الكحول، أو تناول المخدّرات (راجع القسم ١٠–٥).
- **تحدّثوا إلى أصدقائكم:** المشاركة هي الطريقة الفضلى للتعامل مع الضغط. فعندما لا يكون للشخص أصدقاء، تصبح هذه مشكلة بحدّ ذاتها أحياناً. والطريقة المثلى للتعامل مع هذه المشكلة هي الإرشاد الفردي في حلّ المشكلات. (راجع القسم ٣–٢–٥) لتحديد كيفية بناء الصداقات الجديدة.
- **خططوا مسبقاً:** إنّ وضع الخطط، لا سيّما في السنوات المدرسيّة الحاسمة، يضمن ألا يكون الدرس للامتحانات مسبّباً للضغط. ومن الطرق البسيطة لوضع الخطط المسبقة، استعمالُ الجداول الزمنية. (التعريف الإجرائي للصحة النفسية في الملاحق).

صحة الشباب النفسية

ينجح الأطفال والمراهقون بشكل أفضل في بيئة تشجع التفاعل مع أقرانهم الذين يبدون سلوكاً وخيارات صحيحة.

تؤدي التنمية الشبابية الايجابية إلى صحة نفسية مجتمعية وفردية سليمة. فهي تركّز على تهيئة الشباب بشكل كامل لعيش حياة ناجحة وسعيدة وصحية، كشباب وكراشدين، إضافة إلى التغلب على الظروف الصعبة؛ بدلا من التركيز فقط على التأكد من عدم تورط الشبان بسلوكيات محفوفة بالمخاطر. ومن هنا تؤدي استراتيجيات ونشاطات التنمية الشبابية الايجابية إلى صحة نفسية إيجابية (سليمة). (انظر التعريف الإجرائي للصحة النفسية في الملاحق).

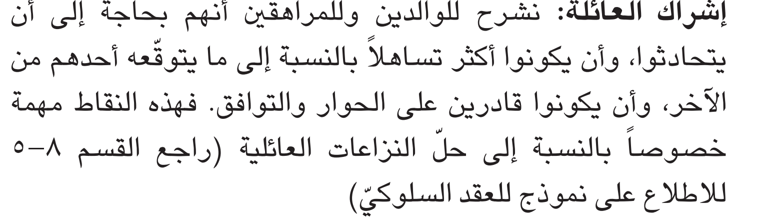
تعزّز التنمية الشبابية الإيجابية الخصائص الست الأساسية كونها الخصائص التي يحتاج إليها جميع الشباب لدى انتقالهم إلى العقد الثاني من العمر، وهي:

- الاهتمام والتعاطف مع الغير
- الكفاءة
- الثقة
- التواصل مع الآخرين
- الميزات الشخصية
- المساهمة

٩–٦–٤ الإرشاد المدرسي

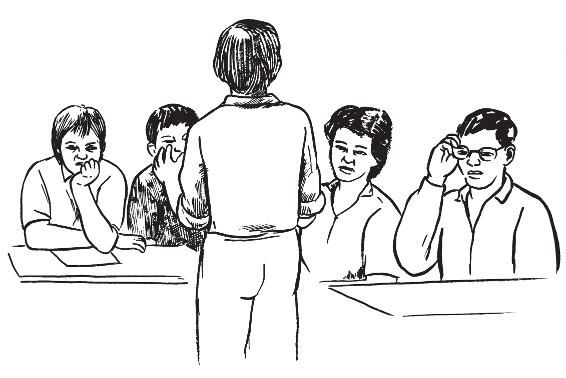
إنّ الإرشاد المدرسي هو طريقة لتوعية المراهقين على مسائل تعنيهم. أما المسائل التي قد نحتاج إلى تغطيتها فتختلف بين مراهق وآخر. وفي ما يلي بعض المبادئ العامة التي يمكننا إتباعها:

- **الإصغاء:** نعطي الوقت للإصغاء إلى المراهق كي يخبرنا عن مشكلاته وعمّا يقلقه.
- **السؤال:** نطرح الأسئلة (غير المباشرة) بشكل خاص حول المزاج والرغبة في الانتحار، وحول تناول الكحول أو المخدّرات.
- **استعمال تقنية حل المشكلات:** نتذكّر أنّ معظم المشكلات النفسية عند المراهقين متعلّقة بمشكلات حقيقية يواجهونها.



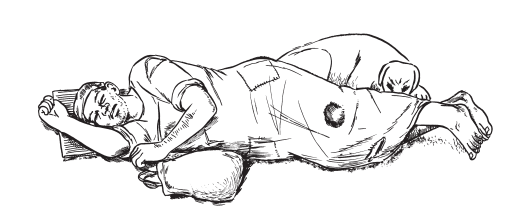
- **إشراك العائلة:** نشرح للوالدين وللمراهقين أنهم بحاجة إلى أن يتحادثوا، وأن يكونوا أكثر تساهلاً بالنسبة إلى ما يتوقّعه أحدهم من الآخر، وأن يكونوا قادرين على الحوار والتوافق. فهذه النقاط مهمة خصوصاً بالنسبة إلى حلّ النزاعات العائلية (راجع القسم ٨–٥ للاطلاع على نموذج للعقد السلوكيّ)





- **تقديم المساعدة العملية:** إذا اكتشفنا مثلاً أنّ المشكلة الأساسية عند المراهق أنه يواجه صعوبة في مادة الرياضيات أو أنه يتعرّض للإزعاج، يمكننا أن نعرض عليه أن يطرح هذه المشكلة أمام إدارة المدرسة.
- **تشجيع مجموعات الأقران:** يمكن أن تلتقي مجموعات المراهقين دوريّاً لمناقشة المشكلات المشتركة، مثل الدروس، والضغط، والصداقات، وما إلى ذلك (راجع القسم ١٠–١).

٩–٧ الأشخاص المشرّدون وأطفال الشوارع



في مدن كثيرة، ينام الرجال والنساء والأطفال في الشوارع لأنّ ليس لديهم مأوى. أما السبب الأساسيّ للتشرد فهو الفقر. فالفقراء يتركون بيوتهم القروية وينزحون إلى المدن بحثاً عن عمل وعن مستقبل أفضل. فيضيعون في عالم غريب مليء بالناس وبالطرقات المكتظة وبالمنازل الباهظة الثمن. والأعمال الوحيدة التي قد يجدونها هي الأشغال التي لا تتطلب أيّ مهارات. وفرص وجود مأوىً آمن نادرة جدّاً.

٩–٧–١– الأشخاص المشرّدون والصحة النفسية

إنها لتجربة تعيسة جدّاً أن يكون الإنسان مشرّداً. أما العوامل المسبِّبة للضغط والمرتبطة عادة بالتشرّد فهي عدم الشعور بالأمان وعدم توفّر الحماية من رداءة الطقس وقلة التغذية. وعندما يطرأ الفقر والتشرّد على أشخاص وهم في أوج ثرائهم، كما يحصل في عدّة مدن، فقد يظهر مع ذلك شعور بالغضب والاستياء. وبالتالي فقد يعاني المشرّدون مشكلات صحية نفسية، أهمّها الاكتئاب وإدمان المخدّرات (تنشُّق الـ «صمغ») وإدمان الكحول والسجائر.

أحيانا تكون المشكلات الصحية النفسية هي سبب التشرّد. وأهمّ هذه المشكلات عند البالغين هي الاضطراب النفسيّ الحاد. فالأشخاص المصابون بالفصام بشكل خاص، قد يتمّ إخراجهم من المستشفى من دون أيّ تخطيط، أو قد تتخلى عنهم عائلاتهم. والضغط الذي يسبّبه التشرّد لهؤلاء الأشخاص أسوأ بكثير، لأنّ قدرتهم على التعامل مع المشكلات اليومية تكون أصلاً أقلّ بسبب المرض. وقد ينتهي الأمر بهؤلاء في السجن.

لا شك في أنّ تأمين الحاجات الأساسيّة للأشخاص المشرّدين، لا سيّما الطعام والمأوى، سيأتي بنتيجة إيجابية على صحتهم النفسية. وينبغي أن نتقصى عن إدمان الكحول والاضطرابات النفسية الحادة. فتأمين العلاج لهاتين المشكلتين يُحدث تحسّناً هائلاًلدى هؤلاء الأشخاص. وقد يكون الإرشاد الفرديّ مفيداً، خصوصاً إذا كنا قد بنينا علاقة ثقة مع الأشخاص المشرّدين. وتبنى هذه الثقة من خلال الزيارات الدورية إلى الأماكن التي يمضي فيها هؤلاء الأشخاص أوقاتهم، وتأمين الرعاية الملائمة لمخاوفهم الصحية. والعنصر الأساسيّ في الإرشاد هو حلّ المشكلات (راجع القسم ٣–٢–٥). فإيجاد الحلول لمشكلاتهم، مثل عدم توفّر العمل الآمن وتردّي الصحة الجسدية وغياب المأوى، سيساعد في تحسين صحتهم النفسية.

٩–٧–٢ أطفال الشوارع



يعد الفقر سبباً أساسيّاً لكي يعيش الأطفال في الشوارع. كذلك، يدفع العنف وسوء المعاملة بالأطفال إلى الهرب من البيوت. غير أنّ حياة الشارع قد تكون قاسية. فأطفال الشوارع عليهم أن يعملوا في مجال الأشغال والخدمة وتجارة الجنس. وقد يصبحون أعضاء في عصابات من المجرمين وينتهي بهم الأمر في السجن.

ويعاني أطفال الشوارع عدداً من المشكلات الصحية الجسدية، مثل التهابات البشرة والإسهال، يكون سببها قلة النظافة الشخصية وسوء التغذية. وغالباً ما تبقى هذه المشكلات من دون علاج لأنّ أحداً لا يصطحب هؤلاء الأطفال إلى مركز صحي. ويخسر الأطفال الذين يعيشون في الشوارع العنصرين الأساسيين للطفولة: النمو في بيئة عائلية آمنة ومُحبّة والذهاب إلى المدرسة للتعلّم.



إنّ أطفال الشوارع أكثر تعرّضاً للمشكلات الصحية النفسية بسبب عوامل الضغط والنبذ التي قد واجهوها ودفعتهم إلى ترك منازلهم، وبسبب عوامل الضغط التي يواجهونها في الشارع. وغالباً ما يأتي أطفال الشوارع من منازل لم ينالوا فيها التغذية والانتباه اللازمين لنموّهم العاطفي. فربما تحمّلوا الإهمال وسوء المعاملة (راجع القسم ٨–٤). والتجارب غير السعيدة في الطفولة قد تؤثر على الصحة النفسية في الحياة المستقبلية. فبعض الأطفال قد يصبح وحيداً، ومنعزلاً، ومتورّطاً في نشاطات لا اجتماعية. أما البعض الآخر فيصبح تعيساً، وبائساً، ويشعر بالرغبة في الانتحار.

أما الطريقة المثلى لمساعدة أطفال الشوارع فهي أن تعطيهم ما يحتاج إليه كل الأطفال ليكون نموّهم العاطفي صحيحاً: الحب والاهتمام. وأفضل ما يمكنك أن تقدّمه في هذا الإطار هو فرصة التعلّم. فبإمكان المدارس غير الرسمية أن تؤمّن ساعة أو ساعتين للأطفال لكي تعوّض عليهم الطفولة الضائعة. أما أطفال الشوارع الذين يدمنون المخدّرات فيحتاجون إلى مساعدة خاصة. وثمة مسائل معيّنة ينبغي أن ندركها في العمل مع أطفال الشوارع. فبعضهم قد لا يعجبه اهتمامك به ويرفض المساعدة التي تقدّمها له. فقد يشكّون في البالغين الذين يستغلّونهم. لذا، فلنؤمن للطفل كل ما يحتاج إليه ولنبذل الجهد لبناء علاقة ثقة معه. أما البعض الآخر فقد تحدث معه المشكلة المعاكسة، فيتعلق بنا إلى درجة أنه يتعاطى معنا على أننا أحد الوالدين. فينبغي ألا نشجّع التبعيّة غير السليمة.

ينبغي أن نتجنّب كل علاقة مع الطفل إذا بدأت تأخذ طابعاً جنسيّاً. وأفضل الطرق للتعامل مع هذه المشكلة هي أن نتنبّه لأيّ شعور بالانجذاب الجنسيّ نحو الطفل، وأيّ مقاربة جنسيّة في سلوك الطفل. ينبغي أن نشرح للطفل أنّ ثمة حاجة إلى خلق مسافة في العلاقة. يمكننا تفويض أحد زملائنا لرعاية الطفل ولكن بطريقة لا يشعر معها الطفل بأنه يتعرّض للخيانة، فالأفضل الانسحاب بطريقة لطيفة ولائقة. ولا ننسى أنّ الطفل ربما يكون قد تعرّض لسوء المعاملة والإهمال في الماضي. (ومن المفيد الاستعانة بفيلم «كاراتيه ورفاقه»، ورشة الموارد العربية. انظر المراجع).

٨–٩ فيروس نقص المناعة المكتسب ومتلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)

إنّ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) هي مرض يسبّبه فيروس نقص المناعة البشريّ المكتسب[٥]، الذي يدمّر خلايا الدم المسؤولة عن حماية الجسم من الالتهابات والسرطان. ولأنّ الإيدز ليس له علاج شافٍ حتى الآن، فهو مرضٌ يقتل كل من يصاب به عاجلاً أم آجلاً. وقد لا يتبلور المرض ويظهر قبل عدة سنوات. لقد أصبح الإيدز سبب الوفاة الأهم في عدة أماكن في العالم. ولكنّ هذا الوباء هو الأسوأ في البلدان النامية، حيث يموت الأشخاص المصابون به أسرع من سواهم إذ لا تتوفّر لديهم الرعاية والأدوية اللازمة للمحافظة على استقرار وضعهم الصحي. (يُذكر أن الحديث عن الإيدز في البلدان العربية ما زال يكاد أن يكون محرّما أو مكروهاً في كثير منها. وفي نهاية عام ٢٠٠٣، قدر عدد الإصابات الجديدة في البلدان العربية بحوالي ٥٥٠٠٠ إصابة، وحوالي ٤٢٠٠٠ حالة وفاة. (www.mawared.org).

٨–٩–١ لماذا تتأثر الصحة النفسية؟

يمكن أن يؤثر الإيدز في الصحة النفسية بعدة طرق:

- **الألم:** يسبّب عدد كبير من الأمراض المرتبطة بالإيدز ألماً حادّاً. والألم بدوره قد يسبّب البؤس للشخص.

(٥) كتاب «الإيدز والصحة والناس»: دليل عمل، ورشة الموارد العربية.



- **العجز:** الأشخاص الذين يشعرون بأن ضعفهم وتعبهم يمنعانهم من القيام بأيّ نشاطات في العمل أو في البيت، قد يشعرون بالعجز والغضب.
- **الخوف من الموت:** قد يخاف الشخص من الموت. وقد يقلق على مستقبل عائلته، لا سيّما الشريك الذي قد يكون مصاباً أيضاً.
- **المصاريف:** إنّ أدوية الإيدز باهظة الثمن، ومعظم العائلات لا تستطيع شراءها، والذين يستطيعون شراءها سوف يتحمّلون عبئاً ماديّاً كبيراً.
- **النبذ من قبل أفراد العائلة الآخرين:** الأشخاص الذين لا يستطيعون المساهمة في شؤون العائلة، ويحتاجون إلى المساعدة والدعم باستمرار، قد يُنظر إليهم على أنهم عبء على العائلة. وقد يكون أحد الشريكين غاضباً لأنّ الآخر خانه جنسيّاً وجلب المرض إلى نفسه وإلى شريكه أيضاً.
- **وصمة العار والتمييز:** لا يفهم الناس الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري بشكله الصحيح، ولذلك يمارسون التمييز بحق الأشخاص المصابين به.
- **التورّط المباشر للدماغ:** قد يُصاب الدماغ بفيروس نقص المناعة البشري أو بأمراض أخرى مثل الخرف المبكر، الأمر الذي قد يؤدّي إلى النوبات وإلى اضطرابات نفسية حادة.

٩–٨–٢ إدراج الصحة النفسية في إطار الرعاية الصحية للأشخاص الذين يكتشفون الإصابة بفيروس الإيدز (HIV positive)

يمكن أن تتأثر الصحة النفسية في مرحلتين: عندما يسمع الأشخاص للمرة الأولى خبر أنهم مصابون بفيروس الإيدز، وفيما بعد، عندما يزداد الواقع حدّةً مع الألم والموت.

في المرحلة الأولى، قد يتمثّل رد الفعل عند عدد كبير من الأشخاص بالصدمة وعدم التصديق. وقد تراوده أفكار مثل «لا يمكن أن يكون هذا صحيحاً». وقد يشعر الأشخاص بالحزن والغضب، وقد يدخلون حالة من الاكتئاب لبضعة أسابيع بعد التشخيص. يمكن التخفيف من رد الفعل الأوّلي هذا حيال اكتشاف الإصابة باستعمال طريقة حساسة لإبلاغ الشخص بالخبر. وفي المراحل اللاحقة من المرض، ينبغي أن يترافق الإرشاد مع خطوات أخرى من شأنها أن تساعد في تعزيز الصحة النفسية عند الشخص، مثلاً:

- تأمين الأدوية الملائمة للتخفيف من الألم.
- تأمين العلاج للإصابات أو للمشكلات الصحية الجسدية الأخرى.
- إعطاء المريض نصائح عملية لتسهيل حركته وقيامه بنشاطات معيّنة في المنزل
- تقديم الدعم والإرشاد للعائلة والمسؤولين عن الرعاية (راجع القسم ٩–١٠).
- التأكد من أنّ المريض يحصل على الرعاية الصحية الجيّدة بكلفة مقبولة.

قد يحتاج بعض الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشري المكتسب إلى أدوية للاضطرابات النفسية. فصحيح أنّ الاكتئاب ليس من النتائج الطبيعية للأيدز، ولكنه قد يزيد من حدّة المعاناة. ومعالجته بواسطة مضادات الاكتئاب من شأنها أن تخفف من الألم وتساعد الشخص ليتكيّف مع مرضه بشكل أفضل (راجع الفصل ١١).

أما حالات الذهان عند المصابين بالإيدز فغالباً ما تنتج عن التهاب في الدماغ. وينبغي أن تترافق معالجة أعراض الذهان بواسطة مسكّن قويّ، مع معالجة الالتهاب. والمكان الأمثل لمعالجة هذه المشكلات هو عيادة متخصصة.

التعامل مع فيروس الإيدز

الإنكار ما هو إلاّ انفعال يتعرّض له الناس عندما يكتشفون أنّهم مصابون بفيروس الإيدز أو بالإيدز نفسه. ومعظم الأشخاص الذين يعرفون أنّهم مصابون بمرض خطير يمرّون بعدّة ردود فعل أو مراحل انفعاليّة. وقد يتصرّف الأشخاص الذين يمرّون بهذه المراحل بطريقة غريبة. ويمكننا أن نتفهّم ما الذي يحدث بطريقة أفضل بمعرفة هذا الأمر مسبقاً. نجد أدناه وصفاً لأكثر مراحل التعامل مع المرض شيوعاً. لا يتعرّض الجميع لكلّ هذه المراحل، ولا بالترتيب نفسه. غير أنّ معظم الاشخاص يتعرّضون لبعضها على الأقلّ أثناء مرضهم، وكثير منهم يتعرّضون لبعضها أكثر من مرّة واحدة. (للمزيد أنظر كتاب الإيدز والصحة والناس، في المراجع)

المرحلة ١ – **الإنكار والعزلة:** عندما يسمع الناس في البداية أنّهم مصابون بفيروس الإيدز، ربما لا يصدّقون ذلك. ويعتقدون أنّ الطبيب أو المختبر على خطأ. يقولون لنا إنّ الفحص كاذب. ويتوقّفون عند الاستماع لما نقول عن تجنّب انتشار الفيروس. وينطبق ذلك حتى لو كنا نقول لهم شيئاً مشجّعاً، مثل أنّهم قد يعيشون سنين عديدة.

المرحلة ٢ – **الغضب:** إنّ إصابة المرء بمرض خطير مثل الإيدز يمكن أن تولّد شعوراً بعدم الإنصاف. فيغضب الناس لأنّهم أصيبوا بالمرض. ويتساءلون، «لمَ أنا»؟ ويشعرون بالاستياء لأنّ الآخرين أصحّاء. وغالباً ما يشعر المصابون بفيروس الإيدز بأنّهم وحدهم وأنهم مختلفون عن الناس المحيطين بهم من غير المصابين بالفيروس.

المرحلة ٣ – **المساومة:** يساوم الناس أنفسهم لكسب شعور بالسيطرة على مصيرهم. ويحاولون البقاء على قيد الحياة للوصول إلى هدف ما مثل ذكرى سنويّة أو زواج أو ولادة طفل. وأحياناً يتوسّل الناس إلى الله ويعدون بأن يكونوا مخلصين إذا ما شفوا من فيروس الإيدز.

المرحلة ٤ – **الاكتئاب:** غالباً ما يشعر الناس بالاكتئاب بشأن إصابتهم بمرض خطير. وتزداد هذه المشاعر سوءاً بازدياد الألم أو تفاقم المرض. ويشعر الناس باليأس بشأن العناية بأسرهم أو أنفسهم.

المرحلة ٥ – **القبول:** عندما يتقبّل الناس بشكل تامّ أنهم مصابون بالإيدز، غالباً ما يجدون في أنفسهم مزيداً من الطاقة وإرادة جديدة لعيش حياتهم كاملة غير منقوصة. وهذا ما يجعلهم يشعرون بالسلام الداخلي.

الإطار ٩–٢ رعاية الأشخاص المرضى على شفير الموت

إنّ الأشخاص الذين يعانون أمراضاً مميتة، مثل السرطان أو الإيدز (برغم الفرق الكبير في التعاطف الذي يتلقاه المرضى في الحالتين وخاصة في البلدان العربية)، قد يعانون أيضاً مشكلات صحية نفسية لعدة أسباب، منها الألم، والخوف من الموت، والحزن لأنهم يتركون وراءهم أشخاصاً يحبّونهم. فيمكننا أن نساعد في تعزيز الصحة النفسية بالطرق الآتية:

- بناء علاقة جيّدة مع الشخص من خلال زيارته دوريّاً.
- التحدّث مع الشخص عما يعني له الموت (ما هي مخاوفه وما هي الطريقة الفضلى للتعامل معها الآن؟).
- إشراك العائلة، لا سيّما الأقرباء المقرّبين، في مناقشة مخاوفه (يمكننا العمل على معالجة المشكلات العائلية التي لم تحلّ منذ زمن بعيد)
- نصح الشخص بإنهاء الأعمال غير المنتهية، مثل المسائل المالية أو القانونية.
- التأكد من أنّ الشخص يفهم طبيعة المرض ويحصل على العلاج الأفضل المتوفر، لا سيّما ضدّ الألم.
- إعطاء مضادات الاكتئاب والأدوية الأخرى في حال كان الشخص يعاني الاكتئاب أو مرضاً نفسيّاً آخر.
- تشجيع العائلة على تحقيق أمنية من أماني المريض إذا كان طفلاً.
- رعاية المسؤولين عن الرعاية (راجع القسم ٩–١٠).

٩–٩ صحة كبار السن



يطول عمر الأشخاص في عدة بلدان مع تحسّن الصحة الجسدية. واليوم يتعدّى معدّل العمر المتوقع للفرد، الستين سنة في بعض البلدان. هذا يعني أنّ الشخص صار عنده وقت أطول ليشارك ويتعلم ويكتسب الخبرة ويساهم. غير أن هذا الواقع يفرض أنّ الأشخاص، كلما كبروا في السنّ، أصبحت أجسادهم وأنفسهم أكثر تعرّضاً لبعض المشكلات الصحية. فتتغيّر الحياة الاجتماعية، ويتقاعد الأشخاص من عملهم المعتاد، ويكسبون مالاً أقلّ مما كانوا يجنون في السابق، وتتغيّر العادات في حياتهم اليومية. وأولادهم يصبحون بالغين، وقد يتركون المنزل ويبنون أسرهم الخاصة. الشيخوخة هي مرحلة إيجابية بالنسبة إلى معظم كبار السن. فهي مرحلة يستمتعون فيها بوجود الأحفاد. هي الوقت المناسب لمطالعة الكتب والقيام بأمور لم يستطيعوا أن يقوموا بها في سنوات عملهم. هي مرحلة لقضاء الوقت مع الأصدقاء.
(للمزيد عن مشكلات كبار السن الصحية في: «كتاب الصحة للجميع». انظر المراجع).

٩–٩–١ المشكلات الصحية النفسية التي يواجهها كبار السن

خلافاً لما ذكرنا سابقاً، قد يعاني كبار السن، في بعض الحالات، أمراضاً نفسية. وأسباب هذه المشكلات متعددة:

- **الوحدة:** تساهم أنظمة العائلات في أماكن كثيرة في تصغير حجم العائلات. فأصبح الكبير في السن يعيش وحده، ولا يُقدّم له أولاده إلا القليل من الدعم. وتشكل الوحدة مشكلة كبرى عندما يفقد الكبير في السن شريكَ حياته (راجع القسم ٧–٤).
- **مشكلات الصحة الجسدية:** تظهر عند بعض كبار السن مشكلات صحية جسدية تسبّب العجز، ومنها التهاب المفاصل، وأمراض القلب والرئتين. وهذه المشكلات تحدّ من قدرات الشخص وتجعله تدريجيّاً أكثر اتكالاً على الآخرين.
- **أمراض الدماغ:** بعض أنواع الأمراض الدماغية، لا سيّما خرف الشيخوخة (راجع القسم ٤–٧) والجلطة الدماغية، أكثر شيوعاً عند كبار السن. ولأنها تطال الدماغ، فقد تسبّب المرض النفسيّ.
- **الصعوبات المالية:** كبار السن لا يعملون عادةً. لذلك يعتمدون على معاش التقاعد أو على مدّخراتهم أو دعم أولادهم. ومع ارتفاع الأسعار، قد لا تكون هذه الموارد كافية.

يمكن أن يعاني كبار السن المشكلات الصحية النفسية ذاتها التي نراها عند الأصغر سنّاً. ولكن ينبغي أن تتنبّه بشكل خاص إلى ثلاثة أنواع من المشكلات:

– **الاكتئاب:** هو المرض النفسي الأكثر شيوعاً إلى حدٍّ بعيد عند كبار السن (راجع القسم ٤–٤).

– **خرف الشيخوخة:** وهو نتيجة مرض دماغيّ، يبدأ نموذجيّاً بمشكلات في الذاكرة. غير أنه غالباً ما يُلاحَظ عندما تظهر المشكلات السلوكية (راجع القسم ٤–٧).

– **الهذيان أو التشوّش:** يأتي عادة نتيجة المشكلات الطبيّة أو الأدوية (راجع القسم ٤–٢).

٩–٩–٢ رعاية كبار السن



في معظم الحالات، يعيش معظم كبار السن حياة صحية ويتمتعون بقدرات ذهنية جيدة. وإذا بدا كبير السن منعزلا أو شكا من مشكلات في الذاكرة، فعلينا أن نتأكد دائماً من أنه لا يعاني الاكتئاب أو خرف الشيخوخة . وإذا بقينا على اتصال دوريّ بالأشخاص كبار السن، فسوف نؤمّن لهم فرص الدعم ونكتشف المشكلات النفسية في أولى مراحلها. وعندما نصف دواءً لشخص كبير في السن، نتذكر أنه يحتاج إلى نصف الجرعة التي كنا سنصفها لشخص أصغر سنّاً. فالإكثار من الأدوية قد يسبّب التشوّش (راجع القسم ٤–٢). نطلع باستمرار على دُورْ العجزة المتوافرة والخدمات الأخرى المخصّصة لكبار السن، وندوّنها دائماً في قسم الموارد في هذا الدليل (راجع الفصل ١٢). فهذه المعلومات قد تكون قيّمة عندما نريد تأمين مأوى لشخص كبير في السن أو أن نخفف عنه تأثير الوحدة.

٩–١٠ رعاية المسؤولين عن الرعاية والخدمة

يعالج هذا القسم الحاجات الصحية النفسية للأشخاص الذين يهتمون برعاية أشخاص آخرين يعانون أمراضاً مزمنة أو مميتة. ومعظم المسؤولين عن الرعاية هم من النساء: الزوجة أو الابنة أو الوالدة أو زوجة الابن أو زوج الإبنة. وترتبط الرعاية بالكثير من الضغط الذي يؤثر على الصحة. غير أنّ صحة المسؤولين عن الرعاية غالباً ما تنسى لأنّ في البيت شخصاً مريضاً.

٩–١٠–١ الضغط الذي تسبّبه الرعاية

إنّ رعاية شخص مريض قد تؤدّي إلى نتائج متعدّدة:

- **العبء الجسدي:** عندما يكون الشخص المريض عاجزاً عن القيام بحاجاته الأساسية، مثل الذهاب إلى المرحاض، والأكل، عندئذٍ تتطلب الرعاية جهداً جسديّاً كبيراً.
- **العبء العاطفي:** ليس من السهل على مسؤول الرعاية أن يرى الشخص الذي يحبّه معذّباً، خصوصاً عندما تزداد صحته سوءاً.
- **صعوبة التعامل مع الأعراض الناتجة من الاضطرابات النفسية:** تطرح رعاية شخص مريض تحدّيات خاصّة. وثمة ثلاثة أنواع من الأعراض تسبّب الإزعاج. السلوك العدوانيّ والمضطرب قد يصدر عن الأشخاص المصابين بالذهان أو بالجنون. وقد يتوجّه المريض بالضرب أو بسوء المعاملة إلى المسؤول عن رعايته، الذي لا يحاول إلا أن يساعده في القيام بنشاطاته اليومية. كذلك، فقدان الذاكرة في خرف الشيخوخة هو عَرَض آخر يسبّب الألم لمسؤولي الرعاية. فمن المؤذي جدّاً ألا يتعرّف إلينا الشريك الذي عشنا معه ٤٠ سنة. أما العرض الثالث فهو محاولة الانتحار أو التهديد به.
- **المرض عند مسؤولي الرعاية:** قد يعاني المسؤول عن الرعاية مشكلات صحية. ففي حال الإيدز، قد تكون الزوجة التي تهتم برعاية الشخص المريض هي أيضاً إيجابيّة المصل. ويكون كثيرون من هؤلاء كباراً في السن، وكذلك هم المسؤولين عن رعاية أنفسهم.
- **الكلفة:** كلما أصبح المرض مزمناً، ارتفعت كلفته وقلّت كمية المال المخصصة لشراء الأغراض المنزلية.
- **فقدان النشاطات الأخرى:** قد يضطرّ المسؤولون عن الرعاية للتخلّي عن اهتماماتهم الخاصة، أو حتى ترك العمل.
- **فقدان العلاقات الاجتماعية:** عندما يمرض شخص، فإن البيئة المنزلية تتغيّر وقد تتوقف الزيارات الاجتماعية.
- **الحداد:** هذا يحدث عندما يموت الشخص الذي كان مريضاً.

٩–١٠–٢ الصحة النفسية عند المسؤولين عن الرعاية

قد يختبر المسؤولون عن الرعاية جميع أنواع المشاعر المزعجة:

- الغضب من الشخص المريض لأنه جعل الحياة صعبة.
- الشعور بالذنب بسبب الأفكار السلبية التي تراوده عن الشخص المريض.
- الحزن لرؤية الشخص الذي يحبّونه يتعذّب.
- الخوف من التقاط المرض من المريض.
- فقدان الأمل في المستقبل للشخص المريض ولمسؤول الرعاية نفسه.
- الإحساس بالفشل لأنّ المرض يستمرّ مهما فعلوا.

هذه المشاعر شائعة عند مسؤولي الرعاية، خصوصاً في الأيام الأولى من الرعاية. غير أنّ معظم مسؤولي الرعاية يتكيّفون بشكل مثير للإعجاب على المدى البعيد. ويلجأ المسؤولون عن الرعاية إلى بعض الطرق للتكيّف، منها أن يمنحوا الحب للشخص المريض، وأن يقبلوا المساعدة العمليّة من الآخرين، وأن يتحدّثوا عن مشاعرهم مع الأصدقاء وأفراد العائلة، وأن يجدوا وقتاً لمتعتهم الخاصة. ولكنّ بعض مسؤولي الرعاية لا يتكيّف جيّداً. فقد تزداد مشاعره السلبية سوءاً مع الوقت، ويشعر بالاكتئاب والقلق (راجع القسم ٤–٤).

٩–١٠–٣ تعزيز الصحة النفسية عند المسؤولين عن الرعاية

الخطوة الأولى هي أن نتعرّف إلى مسؤول الرعاية المعرّض لمشكلات صحية نفسية، الذي قد يفيده الدعم الذي نقدمه. فمسؤولو الرعاية كبار السن والمنعزلون أو الذين يعانون مشكلات صحية جسدية، لا بدّ أنهم يعانون الضغوطات التي تنتج عن الرعاية. لذا، ينبغي أن نتدخّل لتعزيز الصحة النفسية عند مسؤول الرعاية قبل أن يصبح محبطاً. فعندما نزور الشخص المريض، نخصّص بضع دقائق للتحدّث إلى مسؤول الرعاية عن صحته الخاصة. نفعل ذلك على انفراد، بعيداً عن الشخص المريض. فمعظم مسؤولي الرعاية يفضّلون ألا يعلنوا عن مشاعرهم السلبية بصراحة أمام الشخص الذي يهتمون برعايته. والطريقة الفضلى لتعزيز الصحة النفسية عند الشخص المريض وعند المسؤول عن رعايته، هي أن نبقى على اتصال بكليهما.

٩–١٠–٤ مساعدة المسؤول عن الرعاية الذي يعيش حالة من الأسى

مساعدة مسؤول الرعاية الذي يعيش حالة من الأسى تتطلب الصبر والشعور مع الآخر، أي القدرة على أن تضع نفسك مكان مسؤول الرعاية وتتخيّل ما كنت ستشعر به.

- **نستمع إلى تجارب مسؤول الرعاية:** كثيرون من مسؤولي الرعاية يُظهرون صورة خارجية توحي بالقوة، حتى عندما يشعرون بالحزن. فنسأل دائماً عن مشاعر الحزن والأسى.
- **نعطي الإرشاد في حالة الحداد:** غالباً ما يواجه مسؤولو الرعاية الموت الوشيك للشخص المريض. فمن المهم أن نحضّر المسؤول عن الرعاية للوفاة وأن نرشده بالنسبة إلى الحداد. وعلينا ألا ننخدع بالصورة الخارجية التي تشير الى القوة والتماسك الشديدين في بعض الحالات.



- **نعالج الاكتئاب:** باستعمال مضادات الاكتئاب (راجع الفصل ١١) وتقنيّات حلّ المشكلات (راجع القسم ٣–٢).
- **نزوّد مسؤول الرعاية بالمعلومات عن مجموعات الدعم** (راجع القسم ١٠–١) ونساعده ليكون على اتصال بأشخاص آخرين هم أيضاً مسؤولون عن رعاية شخص مريض.
- **نشرك أفراد العائلة الآخرين:** نتحدّث إليهم ونشاركهم قلقنا بشأن الضغط الذي يواجهه مسؤول الرعاية. نقترح عليهم طرقاً لتقاسُم مسؤوليات الرعاية.
- **النصائح العملية قد تساعد كثيراً:** غالباً ما يكافح مسؤولو الرعاية لإنجاز المهمّات المتعلّقة بالشخص المريض، أي الاهتمام بطعامه، وحمّامه، ودخوله المرحاض، بالإضافة إلى النشاطات اليومية الأخرى. إن إعطاءهم بعض النصائح والاقتراحات البسيطة لتسهيل عملهم سوف نسهّل حياتهم كثيراً (راجع القسم ٤–٧).

٩–١١ الصحة النفسية للعاملين الصحيين

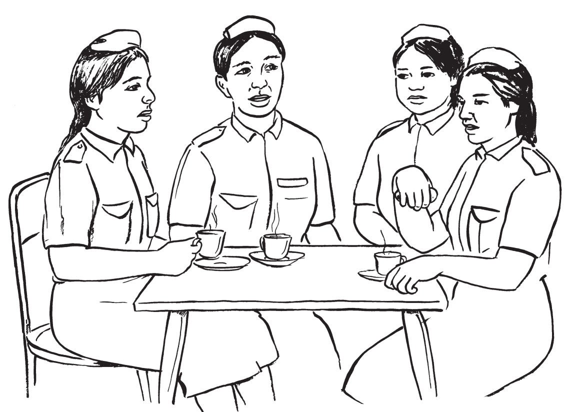
قد يعاني العاملون الصحيون مشكلات صحية نفسية تماماً كما يمكن أن يصابوا بالزكام أو الالتهابات. وأسباب ذلك متعددة. أهمها بالطبع هو أنّ العاملين الصحيّين هم أيضاً كائنات بشريّة، وعندهم مشكلاتهم ومخاوفهم مثل أيّ شخص آخر. بالإضافة إلى ذلك، فإنّهم يمضون معظم أوقاتهم في الاهتمام بالأشخاص الآخرين، فقد يهملون مشكلاتهم أو مشاعرهم الخاصة.

إنّ نوع العمل الذي يقوم به العامل الصحي أو المكان الذي يعمل فيه قد يفرض عليه ضغوطات خاصة. وفي ما يلي بعض الأمثلة على هذه الحالات:

- عندما يكون العامل الصحي هو أيضاً ضحية، كما في الكوارث أو الحروب. فبالرغم من أنه ضحية، قد يُطلب منه تجاهل حاجاته الخاصة ليقدّم الإرشاد للمتضرّرين الآخرين.
- عندما يعمل العامل الصحي مع أشخاص شديدي المرض (مثل الأشخاص الذين يعانون أمراضاً مميتة)، أو في مكان فيه مرضى كثيرون (مثلاً، بسبب فيروس نقص المناعة البشريّ المكتسب أو الإيدز). فكلما مات أحد المرضى قد يشعر العامل الصحي بالحزن.
- عندما يواجه العامل الصحي قصصاً تسبّب صدمة. فالعاملون الصحيون الذين يعملون مع ضحايا العنف أو مرتكبيه (في السجون، أو مع ضحايا الاغتصاب) قد تظهر عندهم ردود فعل عاطفية تجاه مرضاهم.

عندما لا نكون بصحة نفسيّة جيّدة، فإنّ ذلك لن يؤثّر في رفاهنا وعافيتنا فحسب، بل أيضاً في قدرتنا على القيام بعملنا كما ينبغي. لذلك، من المهم أن ننتبه لصحتنا النفسية الخاصة، وأن نطلب المساعدة من شخص آخر إذا ساورنا القلق. وقد نشعر أحياناً بأننا إذا اعترفنا بشعورنا بالضغط في العمل، فذلك دليل على ضعفنا أو على قلة التزامنا بعملنا. لكنّ هذا ليس صحيحاً.

إذا تقدّم إلينا عامل صحيّ يطلب المساعدة، فمن المهم جدّاً أن نتقيّد بقواعد الخصوصيّة، تماماً كما ينبغي أن نفعل مع أيّ شخص آخر.



٩–١١–١ الاعتناء بأنفسنا

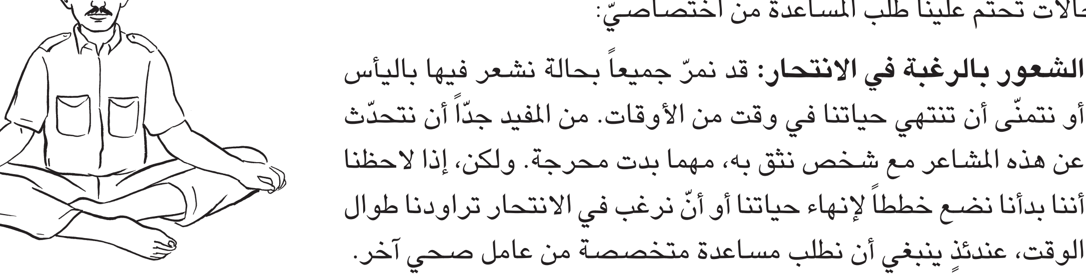
من المفيد أن نخطط لكيفية الاعتناء بأنفسنا عندما نعمل مع شخص في حالة تسبّب الضغط. يمكن اعتبار هذا الأمر نوعاً من الحصانة، حتى نمنع المشكلات الصحية النفسية التي قد تحصل في المستقبل. إنّ أيّ عامل صحي يستطيع أن يمارس هذه النشاطات للاعتناء بصحته النفسية.

- **الاسترخاء والتأمل:** تمارين الاسترخاء (راجع القسم ٣–٢–٣) قد تساعدنا كثيراً في التعامل مع الضغط، إذا مارسناها يوميّاً. هذه التمارين شبيهة جدّاً بتقنيّات التأمل، مثل اليوغا والصلاة.
- **الأنشطة المسلية والخلاّقة:** علينا أن نخصّص بعض الوقت كلّ يوم للنشاطات التي تهمّنا أو نجدها مسلية، ولكنها ليست متعلّقة بالعمل. ومن الأمثلة على النشاطات التي يمكننا أن نستمتع بها، تمضية الأوقات «المسلية» مع العائلة أو الأصدقاء أو المطالعة أو العمل في الحديقة أو الخياطة أو التنزّه. أما النشاطات الخلاقة فقد تشمل كتابة الشعر أو القصص أو الرسم.
- **تحسين المحيط:** إذا كان محيط عملنا غير ملائم، لا بدّ من أن يؤثّر ذلك على صحتنا النفسية. فترتيب المكان، وتصليح النوافذ أو الكراسي المكسورة، وتزيين الجدران برسومات أو صور ملوّنة، ومحاولة عزل الضجيج، وإنارة الغرف بأكبر قدر ممكن من النور الطبيعي، كلها أمور قد تساعدنا في تحسين بيئة عملنا، وصحتنا النفسية. وهذا الإنجاز يكون الأفضل، إذا قمنا به بالمشاركة مع كل الأشخاص الذين يعملون في المكان نفسه
- **المشاركة والعلاقات الاجتماعية:** لا بديل من المشاركة والتحدث إلى الآخرين لتحسين صحتنا النفسية. علينا أن نخصّص وقتاً لنتحدّث إلى شريك حياتنا أو إلى صديقنا عن يوم العمل الذي أمضيناه. علينا ان نستمع إلى تجارب زملائنا لعلنا نستطيع أن نقدّم لهم الدعم في أوقاتهم الصعبة، ونتعلّم منهم.
- **تشكيل مجموعة دعم:** هذه طريقة مفيدة جدّاً لمساعدة أنفسنا وزملائنا. تتألف مجموعة الدعم من أشخاص عندهم قاسم مشترك، وفي هذه الحالة، كلهم عاملون صحيون. ينبغي أن تجتمع المجموعة دوريّاً لمناقشة المشكلات والمخاوف المشتركة (راجع القسم ١٠–١ للتفاصيل حول مجموعات الدعم).

٩–١١–٢ متى ينبغي طلب المساعدة من اختصاصيّ؟



ثمة حالات تحتّم علينا طلب المساعدة من اختصاصيّ:



- **الشعور بالرغبة في الانتحار:** قد نمرّ جميعاً بحالة نشعر فيها باليأس أو نتمنّى أن تنتهي حياتنا في وقت من الأوقات. من المفيد جدّاً أن نتحدّث عن هذه المشاعر مع شخص نثق به، مهما بدت محرجة. ولكن، إذا لاحظنا أننا بدأنا نضع خططاً لإنهاء حياتنا أو أنّ نرغب في الانتحار تراودنا طوال الوقت، عندئذٍ ينبغي أن نطلب مساعدة متخصصة من عامل صحي آخر.
- **مشكلات الشرب أو المخدّرات:** العاملون الصحيون أكثر تعرّضاً للإدمان من سواهم، لا سيّما إدمان الحبوب المنوّمة (راجع القسم ٦–٣)، لأنها سهلة المنال بالنسبة إليهم. فإذا ساورنا القلق من أننا ندمن المخدّرات أو الكحول، أو إذا عبّر الأقرباء المقرّبون أو الأصدقاء عن قلقهم من عادتنا، ينبغي أن نطلب مساعدة متخصّصة.
- **نطلب المساعدة** من شخص أكبر منا سنّاً نرتاح لإخباره عن مشكلاتنا الصحية الخاصة.
- **ازدياد الشعور بالقلق والاكتئاب:** إن مشاعر القلق والاكتئاب قد تطوّر لدى بعض العاملين الصحيين وتؤثّر سلبا في أنشطتهم.

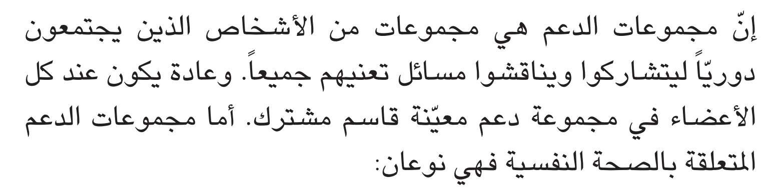


الفصل العاشر

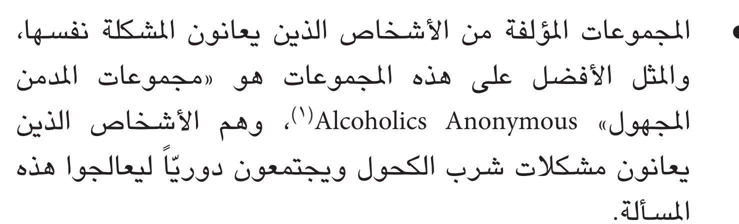
تعزيز الصحة النفسية والمناداة بها

١٠-١ مجموعات دعم الصحة النفسية





إنّ مجموعات الدعم هي مجموعات من الأشخاص الذين يجتمعون دوريّاً ليتشاركوا ويناقشوا مسائل تعنيهم جميعاً. وعادة يكون عند كل الأعضاء في مجموعة دعم معيّنة قاسم مشترك. أما مجموعات الدعم المتعلقة بالصحة النفسية فهي نوعان:



- المجموعات المؤلفة من الأشخاص الذين يعانون المشكلة نفسها، والمثل الأفضل على هذه المجموعات هو «مجموعات المدمن المجهول» Alcoholics Anonymous[١]، وهم الأشخاص الذين يعانون مشكلات شرب الكحول ويجتمعون دوريّاً ليعالجوا هذه المسألة.
- المجموعات المؤلفة من الأشخاص المسؤولين عن رعاية أشخاص آخرين يعانون مشكلات صحية نفسية معيّنة، مثل المجموعات المؤلفة من أفراد العائلات الذين يهتمّون برعاية أشخاص مصابين بخرف الشيخوخة، أو بالاضطرابات النفسية الشديدة، أو بالتأخر العقلي.

يمكن تقسيم مجموعات الدعم إلى ثلاثة أنواع رئيسية، وهي:

- مجموعات الوقاية: التي تهتم بتزويد أعضائها بالمعلومات والإرشادات الضرورية حول مشكلة معينة.
- مجموعات الدعم: التي تهدف إلى دعم الأفراد الذين يعانون مشكلات مشتركة.
- المجموعات العلاجية: التي تهدف إلى تسهيل شفاء أعضائها عبر تشارك المشكلات وسبل حلها.

١٠-١-١ كيف تعمل مجموعات الدعم؟

تؤمّن مجموعات الدعم للمشاركين فيها فرصةً ليتشاركوا مشاعرهم، ومشكلاتهم، وأفكارهم، ومعلوماتهم مع الآخرين الذين يمرّون بالتجربة نفسها. (أنظر كتاب «النساء والنزاع المسلح والفقدان» في لائحة المراجع). يعطي الإطار ١٠-١ إجابات عن بعض الأسئلة الشائعة عن هذه المجموعات التي تعمل من خلال تأمين الآتي:

- **النصائح العملية:** مثلاً، الأم التي لها ولد يعاني تأخراً عقليّاً تخبر كيف تتعامل مع نوبات غضبه، أو الشخص الذي يعاني مشكلة شرب يخبر كيف يقاوم الرغبة الملحّة في الشرب عندما يمرّ بالقرب من الحانة المجاورة. بالتالي، يتشارك أعضاء المجموعة تجاربهم العملية وطرق حل مشكلاتهم.

---

(١) Alcoholics Anonymous هي مجموعات دعم من مدمني الكحول وعاملين اجتماعيين أو نفسيين. تهدف المجموعة إلى تقديم الدعم والمساعدة اللازمة لأعضائها لمواجهة وتخطي مشكلاتهم. راجع الفصل السادس.

الإطار ١٠–١ بعض الأسئلة الشائعة حول مجموعات الدعم

ما عدد الأشخاص الذين يمكنهم الاشتراك؟

ليس ثمة عدد مثاليّ، فمعظم المجموعات تبدأ بعدد صغير جدّاً. وإذا أصبح العدد كبيراً جدّاً، هذا يعني أنّ المجموعة تفيد أشخاصاً كثيرين. عندئذٍ، يمكن أن تُقسم إلى مجموعات صغرى وفقاً لعوامل معيّنة، مثل مكان الإقامة، أو عمر المشتركين. العدد المثالي للمجموعة يرواح ما بين ٧ و ١٢ فرداًعلى أن لا يتعدى عدد أفراد المجموعة ١٥ شخصا.

أين ينبغي أن تلتقي المجموعة؟

يمكن أن تلتقي في أيّ مكان مناسب تتوافر فيه المساحة والخصوصيّة. والأفضل أن يكون مكان الاجتماع هو نفسه في كلّ مرّة. غير أنّ بعض المجموعات قد تكون متحرّكة، فتجتمع في بيوت مختلف الأعضاء في مختلف المناسبات.

ما هي وتيرة الاجتماعات؟

ينبغي أن تقرّر المجموعة بنفسها الفترة بين اجتماع وآخر. ولكي يكون من السهل أن يتذكر الأعضاء يوم الاجتماع، يمكنهم أن يختاروا طريقة معيّنة لحفظه، مثلاً السبت الأوّل من كلّ شهر.

ما هي كلفة الانتماء إلى المجموعة؟

ينبغي ألا يكلّف الانتماء إلى مجموعة دعم أيّ شيء. وقد تكون المصاريف الوحيدة هي تلك التي تتطلّبها ضيافة المجموعة (مثل الشاي، والكعك)، ويمكن أن يساهم الجميع في هذه المصاريف.

كم من الوقت ستستمرّ المجموعة؟

تستمرّ طالما أنّ الأعضاء يشعرون بأنّ ثمّة ضرورة لذلك. والمجموعات الناجحة ليس لها أيّ حدود زمنيّة. فمجموعات «المدمن المجهول» Alcoholics Anonymous مثلاً تستمرّ إلى وقت غير محدّد. وقد يتغيّر المشتركون مع الوقت، ويتوقّف البعض عن الحضور من جهة، بينما ينتسب أعضاء جدد إلى المجموعة من جهة أخرى.

- **المعلومات:** مثلاً، الشخص الذي يعاني أخوه الفصام، يخبر عن مقالة قرأها حول علاج طبّي جديد للمرض، أو ابنة شخص يعاني خرف الشيخوخة تشارك معلومات عن دار للرعاية اليومية لكبار السن. بالتالي، يتشارك أعضاء المجموعة المعلومات التي تساعدهم على فهم المشكلة وإدراك الحلول الممكنة.
- **فرص مساعدة بعضهم بعضاً:** مثلاً، تقرّر سيّدتان، لكلٍّ منهما طفل مصاب بتأخر عقليّ حاد، أن ترعى كل منهما أطفال الأخرى يوماً واحداً في الأسبوع، لكي تحصل زميلتها على يوم تمضيه بطريقة مختلفة. أو عندما يقرّر شخصان مصابان بالفصام ويشعران بالوحدة أن يترافقا إلى السينما. بالتالي، يساعد أعضاء المجموعة بعضهم بعضاً، ما يجعلهم يشعرون بالتحسّن.
- **الإحساس بعدم الوحدة:** تَشارك المشكلات والتعبير أمام أفراد يعانون مشكلات شبيهة، من الأمور التي تساعد الفرد على التحسّن.
- **مكان لمشاركة المشاعر الدقيقة** والمسبّبة للأسى والناتجة عن المشكلة أو المرض النفسي، مع مجموعة من الأشخاص القادرين على تفهم أسباب هذه المشاعر.

باختصار، فإنّ مجموعات الدعم تعمل من خلال تأمين الدعم المتبادل. أي أنّ كل عضو من أعضاء المجموعة يلقى الدعم من الآخرين ويعطيهم الدعم بدوره. إنه شعور يعطي القوّة، خلافاً للشعور بأنك مريض في عيادة طبيّة.

١٠–١–٢ إنشاء مجموعة دعم

ليس من السهل أن ننطلق بمشروع إنشاء مجموعة دعم. فذلك يحتاج، أوّلاً وأساساً، إلى مجموعة من الأشخاص المهتمّين والملتزمين بالفكرة. فمجموعات الدعم لا تهمّ كل الأشخاص، لأنّ بعض الناس لا يرتاح إلى مشاركة مشاعره الخاصة، وقد لا يفهم الفائدة من أن يجتمع مع أشخاص آخرين يعانون المشكلة ذاتها. ويمكننا أن نؤدّي ثلاثة أدوار مهمة لتساعد في إنشاء مجموعات دعم في مجتمعنا المحلي:

- **ننظم لقاءً بين أشخاص يعانون مشكلة مشتركة:** عددٌ كبير من العائلات يواجه مشكلة صحية نفسية ويشعر بالإحراج حيالها فيخفيها عن الآخرين. فإذا عرفنا أنّ عدداً من العائلات في مجتمعنا المحلّي فيه أطفال يعانون التأخر العقليّ مثلاً، يمكننا أن نعرّف كلاً من هذه العائلات على الأخرى، منشئين بذلك مجموعة دعم صغيرة غير رسميّة. ومن المهم ان نناقش ذلك مع كلّ عائلة قبل أن نُعلِم أيّ شخص من خارج هذه العائلة بمشكلتها. وثمة طريقة أخرى لتجمع بين الأشخاص، وهي أن نعلن المعلومات عن المشروع المقترح في مكان عام، كأن نلصق إعلاناً في المركز الصحي. ويمكننا أن نعين اجتماعاً وندعو إليه الأشخاص الذين قد يهمّهم أمر المشاركة في المجموعة، ليعرفوا عنها أكثر في خلال الاجتماع.

- **نساعد في تأمين مكان للاجتماعات:** الأفضل أن تجتمع مجموعات الدعم في بيوت الأعضاء. غير أنّ ذلك قد لا يكون متوفّراً دائماً. في هذه الحالات، يمكننا أن نقدّم غرفة في العيادة في غير أوقات الدوام. عندئذٍ يستطيع الأعضاء أن يجتمعوا في مكان آمن، كما يمكنهم، بزيارة واحدة إلى العيادة، أن يشاركوا في الاجتماع ويقوموا باستشارتنا قبل الاجتماع أو بعده إذا أرادوا.

- **نسهّل عمل المجموعة:** إنّ فكرة المجموعات التي تعمل على أساس المساعدة الذاتية ليست مألوفة بالنسبة إلى عدد كبير من الناس. فيمكننا أن نيسر عمل المجموعة لنساعدها في الانطلاق بحضور الاجتماعات الأولى.

١٠–١–٣ الاجتماع الأوّل



إنّ الاجتماع الأوّل هو حدث مهمّ لوضع جدول الأعمال للمجموعة. ما هي النشاطات التي ستمارسها المجموعة؟ متى ستحدّد اجتماعاتها؟ (راجع الإطار ١٠–١). أما الخطوة المهمة التالية فهي اختيار ميسّر المجموعة الذي يمكنه أن يشجّع أشخاصاً آخرين على المشاركة. الشخص الذي قام بالدور القياديّ في إنشاء المجموعة غالباً ما يصبح هو الميسّر أو قائد المجموعة. ويمكن أن يقوم أي منا بهذا الدور في الاجتماعات القليلة الأولى. ومتى أصبح الأعضاء قادرين على السير بالمجموعة بأنفسهم، يمكن أن يختاروا واحداً منهم ليكون ميسر المجموعة. وقد يتغيّر الميسّر مع الوقت.

١٠–١–٤ دور ميسّر أو قائد المجموعة

يستطيع ميسر المجموعة أن يسهّل الاجتماعات بالطرق الآتية:

- الترحيب بكلّ الأعضاء (في الاجتماع الأول يطلب من كل شخص أن يقدّم نفسه ويعبّر عمّا يتمنّى أن تنجزه المجموعة).

- مشاركة المجموعة بالمعلومات التي تعني الأعضاء.

- الطلب من الأعضاء، إذا أرادوا، أن يشاركوا المجموعة في المسائل التي قد تعني الأعضاء الآخرين (قد يتجاوب الأعضاء بمشاركة المعلومات، أو الخبرات الخاصة، أو الدعم – فالمناقشة بين الأعضاء هي النشاط الأساسيّ للمجموعة).

- في النهاية، تلخيص ما تمّ ذكره للتأكد من أنّ النقاشات بين الأعضاء قد توصّلت إلى استنتاجات ملموسة (كما ينبغي في هذا الوقت أن يُحدَّد موعد الاجتماع التالي).

١٠–١–٥ القواعد الأساسيّة للمجموعة

لكل مجموعة قواعد أساسيّة، ومن الأفضل أن يشارك أعضاء المجموعة في وضع القواعد الأساسية. أبرز هذه القواعد:

- الكتمان: ما يحصل ضمن المجموعة ينبغي أن يبقى سرّاً.
- التعبير والمشاركة والإصغاء: ينبغي أن يكون كلّ من الأعضاء مستعدّاً للإصغاء إلى الآخرين، وأن يشارك تجربته الخاصة عندما يرتاح لذلك.
- ينبغي ألا يطلق أحدٌ أحكاماً أو انتقادات للآخرين.
- احترام الآخر ومشاعره: على كلٍّ من الأعضاء أن يحترم الحالة التي تخصّ الآخر. فما يعتبره أحدهم صحيحاً، ليس بالضرورة أن يكون صحيحاً بالنسبة إلى الآخرين.

١٠–١–٦ الاستمرار بالمجموعة

على الأعضاء أن يراجعوا بشكل دوريّ كيفية سير المجموعة. يمكننا أن نحضر الاجتماعات من وقت إلى آخر لنزوّد الأعضاء بالمعلومات والنصائح عن كيفيّة الاستمرار بالمجموعة. ومن الصعوبات الشائعة التي تعيق استمرار المجموعة، أن يكون مكان الاجتماع غير ملائم، أو ألا يتوافر الوقت لحضور الاجتماعات، أو أن يجد الأشخاص أنّ النقاشات لا تساعدهم، أو أن يشعروا بأنهم مهمّشين في المجموعة. فإذا كنا نعرف أنّ المجموعة ستعمل بشكل جيّد متى حُلَّت هذه المسائل، من المهمّ أن نحدّد الصعوبات ونعمل على حلّها.

التأخّر العقلي

١٠–٢ الوقاية من التأخر العقليّ

التأخر العقلي (راجع القسم ٨–١) هو حالة تستمرّ طوال الحياة عند الطفل المصاب بها. فإذا استطعنا الوقاية من التأخر العقليّ، يمكننا أن نؤمّن للطفل فرصاً صحيّة وحياتيّة فضلى بشكل عام. ويمكننا القيام بالكثير لنساعد في الوقاية من التأخر العقلي. أما الخطوات الوقائية الأهم فهي أن نؤمّن للأمهات نوعية جيّدة من الرعاية، قبل الولادة وفي خلالها، ونوعيّة جيّدة من الرعاية للطفل بعد الولادة.

١٠–٢–١ قبل ولادة الطفل



أهمّ ما ينبغي أن نفعله عندما تكون المرأة حاملاً هو أن نهتم بها وأن نعرف متى علينا أن نحيلها على اختصاصيّ. أما الاهتمام بالمرأة فيتضمّن ما يلي:

- نحرص على أن تحصل الأم على حاجتها من التغذية والراحة.
- نراقب تقدّم الحمل بشكل دوريّ: فإذا لاحظنا أنّ الطفل لا ينمو كما يجب (مثلاً إذا كانت زيادة وزن الأم أو حجم بطنها أدنى من المتوقع)، نحيلها على طبيب نسائيّ.
- ننصح المراهقات بتجنّب الحمل (حتى سنّ الثامنة عشرة على الأقل).

- إذا كانت الأم مصابة بمرض خطير أثناء الحمل، لا سيّما في الأشهر الثلاثة الأولى، نحيلها على طبيب نسائي.
- إذا كان عمر الأم أكثر من ٤٠ سنة، نناقش معها احتمال التأخر العقليّ (فهو أكثر احتمالاً عند الأمهات الأكبر سنّاً). وإذا كانت الأم قلقة، نحيلها على طبيب نسائيّ و ننبّهها إلى ضرورة الفحوصات اللازمة.
- إذا كانت الأم تشرب الكحول، نشرح لها الحاجة إلى عدم الإدمان: فالإفراط في الشرب في أثناء الحمل قد يؤدّي إلى التأخر العقلي عند الطفل.
- نعالج ارتفاع ضغط الدم أو النوبات عند الأم بشكل طارئ: إذا كانت الأم شبه مغميً عليها، أو مشوّشة، أو تشكو من نزيف في مهبلها، ينبغي أن نحيلها على اختصاصيّ.
- نتجنّب إعطاء المرأة الحامل أيّ أدوية، أو أن نُخضعها للأشعة السينيّة إلا إذا كان ذلك ضرورياً جدّاً. كذلك، ينبغي ألا تعمل المرأة الحامل بالمواد السامة.
- ننصح المرأة الحامل بتجنّب حمل الأغراض الثقيلة وممارسة النشاطات التي قد تسبّب الحوادث، مثل السير على أرض زَلِقة.
- نعطي الأم في أثناء الحمل طعماً ضدّ الحصبة والكزاز (التيتانوس): ولا ندعها تقترب من الأشخاص المصابين بالحميراء (الحصبة الألمانية)، أو بالنكاف (أبو كعب، أبو نكيف)، أو بجُديريّ الماء (جديري كاذب).
- إذا كان في السجل العائليّ للأم حالات من التأخر العقليّ، نحيلها على اختصاصيّ لتحصل على الإرشاد. فبعض الحالات تنتقل في العائلات، ويمكن اكتشافها بواسطة فحوصات متخصصة. وثمة خطر أكبر أيضاً إذا كان الوالدان على صلة قرابة.

١٠–٢–٢ في أثناء الولادة



إنّ وقت الولادة هو وقت بالغ الأهمية بالنسبة إلى الوقاية من تضرّر الدماغ، الذي قد يؤدّي إلى التأخر العقليّ. هنا بعض الاستراتيجيات التي يمكن أن تضمن سلامة الطفل:

- تجنّب الولادة المبكرة. إذا بدأت الأمّ تُظهر دلائل المخاض (بداية الولادة) في وقت مبكر، ننصحها بالاستراحة ونحيلها على اختصاصيّ.
- نؤمّن الرعاية الجيّدة للأم. من الأسباب الأكثر شيوعاً للتأخر العقليّ: المخاض المطوّل جدّاً أو المخاض السريع جدّاً، كأن يُطلب من الأم أن تدفع قبل الوقت مثلاً.
- ينبغي ألا يدير عملية الإنجاب إلا أشخاص يتمتعون بالمهارة المطلوبة.
- نتعرّف إلى إجراءات الطوارئ المتعلقة بالإنجاب: نتعلّم ما ينبغي أن نفعله إذا ولد الطفل أزرق اللون، وضعيفاً، ولا يتنفّس مباشرة بعد الولادة، أو إذا كان الحبل السرّي ملتفّاً حول عنقه. إذا تأخّر بكاء المولود نعطيه الأوكسيجين ونطلب المساعدة.
- إذا أصبح واضحاً قبل الولادة أنّ الجنين في وضعيّة غير طبيعيّة (إذا كانت مؤخّرته لجهة المخرج مثلاً)، نحيل الأم على اختصاصي. (للمزيد أنظر «كتاب الصحة لجميع النساء» في المراجع).

١٠-٢-٣ بعد ولادة الطفل

إنّ الأطفال الذين يولدون «طبيعيّين»، لا يصبحون متأخرين عقليّاً إلا إذا أصيبوا بالتهاب دماغيّ خطير، أو إذا تعرّض الدماغ لنقص في الغذاء أو لإصابات. وكل هذه الحالات يمكن الوقاية منها.

- نحرص على أن يحصل كل الأطفال على حليب الأم. ففي الأشهر الستة الأولى من الحياة، ينبغي أن يكون حليب الأم هو الغذاء الحصريّ، فهو يقي من الالتهابات ويؤمّن التغذية السليمة.
- نحرص على أن يتلقى الطفل لقاحاً/طعماً ضدّ الخناق/الدفتيريا، وشلل الأطفال، والكزاز (التيتانوس) والسل (اختياري في بعض البلدان العربية)، والحصبة، والشهقة.
- نشرح للعائلة أهمية التغذية، فالأولاد الذين لا يتطورون كما يجب يحتاجون إلى العناية الفورية.
- نحرص على السيطرة السريعة على ارتفاع الحرارة، بواسطة المسح باسفنجة باردة وإعطاء «الباراسيتامول» «البنادول» وما شابه
- نعالج النوبات المتكررة بالأدوية المضادة للتشنّجات، ونحيل الطفل على اختصاصيّ في صحة الأطفال.
- إذا لم يتطور الطفل كما يجب وظهرت عليه دلائل جسدية غير طبيعية، مثل جحوظ العينين أو اليرقان (الاصفرار)، أو إذا ظهرت عنده صعوبات في التنفس أو تناول الغذاء، نحيله على اختصاصي في صحة الأطفال.
- ننصح الوالدين بالمسائل المتعلقة بالعناية بالطفل، مثل اللعب مع الأطفال، وإمضاء الوقت معهم، وعدم إهمالهم أو معاملتهم معاملة سيّئة، واعتماد تنظيم الأسرة، والحفاظ على الأمان في المنزل للوقاية من حالات الإصابات أو التسمّم العرَضيّة.

١٠-٢-٤ التدخّل المبكر عند الأطفال المعرّضين لخطر التأخر العقليّ

عددٌ قليل من الأطفال يصاب بحالات قد تؤدّي إلى تأخّر في التطور، مثل الولادة المبكرة، وتدنّي الوزن عند الولادة، والتشنّجات، واليرقان (الاصفرار) والتهاب السحايا الدماغية، ونقص الأوكسيجين عند الولادة، والاضطرابات الوراثية مثل متلازمة مثلث الصبغية ٢١ (داوْن). وتعد برامج التدخّل المبكر مهمة جدّاً بالنسبة إلى هؤلاء الأطفال.

يحتاج الدماغ إلى النشاط والتمرين والإثارة ليتطور جيّداً. والطفل الذي يُظهر بعض البطء في تعلّم استعمال جسده وعقله يحتاج إلى مساعدة إضافية. فبرامج التدخّل المبكر تعمل مع الأطفال والعائلات للوقاية أو للتقليل من التأخّر في التطور. أما أهداف التدخّل المبكر فهي:




- تحسين التطور عند الطفل.
- مساعدة الطفل على أن يتصرّف بأكبر قدر ممكن من الاستقلالية.
- التخفيف من آثار الإعاقة قدر الإمكان.
- تزويد الوالدين بالمعلومات حول إعاقة الطفل وتعليمهما المهارات اللازمة للتعامل مع الإعاقة.
- مساعدة الوالدين على قبول إعاقة الطفل وتحسين الحياة العائلية.

بعض المبادئ المتعلقة ببرامج التدخّل المبكر:

- نحدّد مرحلة النمو التي ينتمي إليها الطفل، من خلال مراقبة ما يستطيع أن يفعله وما لا يستطيع.
- نقرّر ما هي الخطوات التالية التي ينبغي أن تُتّبع لكي يتعلم الطفل مهارات جديدة
- نقسّم كلّ مهارة إلى خطوات صغيرة.
- نختار بعض النشاطات التي يمكن أن يمارسها الوالدان ليعلّما طفلهما هذه المهارة.
- نشجّع الأهل على تأمين الفرصة للطفل ليتمرّن من خلال تكرار اللعب والنشاطات المنبّهة يومياً.

بعض الإرشادات الضرورية للأهل لكي يكون برنامج التنبيه فعّالاً:

- أكثرا من المديح.
- تكلّما كثيراً مع الطفل عمّا تفعلانه له أو معه.
- ادعما تحرّكات الطفل بأيديكما، وخفّفا الدعم تدريجيّاً كلما توصّل الطفل إلى إتمام النشاط بمفرده.
- استعملا المرآة لمساعدة الطفل على التعرف إلى جسده أكثر فأكثر.
- شجعا الطفل على التقليد.
- اجعلا التعلّم عمليّة مسليّة من خلال تجربة أمور جديدة.
- أشركا أطفالاً آخرين، فهؤلاء قد يكونون أفضل المعلّمين.

يمكن أن يقوم الوالدان بالتدخّل المبكر في المنزل، من خلال استعمال الألعاب ووسائل المساعدة المتوفّرة محليّاً، فيما يمارس الطفل نشاطاته اليوميّة. كلما كان عمر الطفل أصغر عند بدء برنامج التنبيه (للمزيد من التفاصيل، راجع دليل «رعاية الأطفال المعوقين» في المراجع)، كانت الفرص أكبر ليتمكن من إتمام الأعمال البسيطة المتعلقة بنموّه. ثمة عدة برامج تنبيهيّة ممتازة متوافرة وجاهزة. (انظر أيضاً: «الشلل الدماغي» في المراجع).

١٠–٣ تعزيز الصحة النفسية في المدارس

تؤمّن المدارس فرصاً كثيرة للأطفال. فبالإضافة إلى التعلّم، ثمة فرص ليتعلموا كيف يكتسبون الأصدقاء، ويمارسون الرياضة، ويشاركون في نشاطات جماعية، ويكافأون على أدائهم الجيّد. ومعظم الأطفال يتكيّفون بشكل جيّد مع الحياة المدرسيّة. إلا أنّ بعضهم يكافح منذ البداية، فيما الآخرون الذين بدوا ناجحين في البداية يبدؤون بالتراجع في السنوات اللاحقة. ويهدف برنامج الصحة النفسيّة المدرسيّ إلى أمرين مهمّين:

- تحديد الأطفال الذين يواجهون صعوبات في التكيّف مع الحياة المدرسيّة ومساعدتهم، سواء على صعيد الأنشطة الدراسية أو الاجتماعية في المدرسة.
- الحرص على أن تؤمّن البيئة المدرسية بشكل عام جوّاً آمناً وداعماً للأطفال لكي يتعلّموا وينموا.

يعالج هذا القسم بشكل خاص الصحة النفسية في المدارس للسنوات المدرسية الابتدائية والثانوية (للمراهقين، راجع القسم ٩–٦).

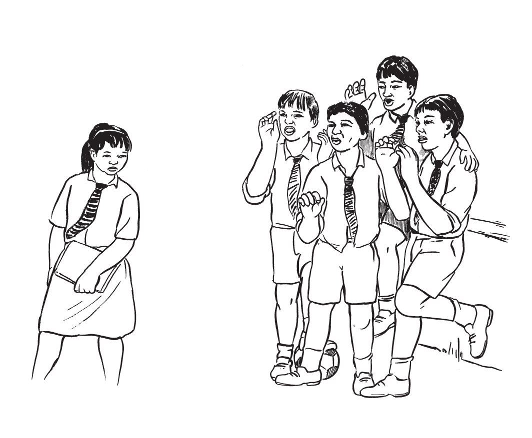
يؤمّن بعض العاملين الصحيين برنامجاً دوريّاً للصحة في المدارس. ويمكننا تأمين الطريقة الأسهل لتعزيز الصحة النفسية في المدارس من خلال توسيع نطاق هذه البرامج. ومن الضروري أن نعمل بالشراكة مع المعلّمين، إذ أنّ معظم التدخّلات ينبغي أن يقوم بها المعلّم. كذلك، إنّ المعلّم غالباً ما يكون أوّل من يلاحظ أنّ الطفل يواجه صعوبة أو ربما يعاني مشكلة. هنا، تجدر الإشارة إلى ضرورة تبنّي المقاربة الشمولية والتكاملية والدمجية لتعزيز الصحة النفسية في المدارس، والعمل والتنسيق المستمرين بين المعلمين والأهل والطلاب. (أنظر كتاب «الصحة النفسية: منظور دينامي تكاملي للنمو في البيت والمدرسة» في المراجع).

١٠–٣–١ تعزيز الصحة النفسية في المدارس



لكي تعزّز الصحة النفسية في مدرسة ما، ينبغي أن نقوم بزيارة دوريّة إليها، مثلاً مرّة في الشهر، في يوم محدّد. عندئذ يمكن أن يرسل المعلّمون إلينا الأطفال الذين يقلقون بشأنهم، لكي نقوم بتقييم صحتهم النفسية. نشرح للأطفال أنه ينبغي أن يخضعوا لفحص بصريّ وسمعيّ إذا واجهوا أيّ مشكلات. وتتعلّق أكثر المشكلات شيوعاً في المدارس بالسلوك في الصف وبالدراسة. فيمكننا أن نسأل المعلّمين عمّا إذا كان أحد الأطفال يواجه أيّ صعوبة، ومن ثمّ يمكننا أن نتبع الإرشادات الواردة في القسمين ٨–٢ و ٨–٥. وفي إطار خلق بيئة من شأنها أن تعزّز الصحة النفسية عند كل الأطفال في المدارس، ثمّة مسألتان مهمّتان: التنمّر وبناء احترام الذات.

التنمّر (الاستضعاف)



التنمّر (يعرف أحيانا بالاستئساد أو الاستقواء أو الاستضعاف) هو سلوك عدوانيّ يقوم به بعض الطلاب تجاه الآخرين، وقد تراوح حدّته من الإغاظة إلى العنف الجسدي. وغالباً ما يكون الطلاب الأكبر سنّاً هم المتنمّرون والأصغر سنّاً هم الضحايا. وغالباً ما يستهدف التنمّر الأطفال الخجولين وغير القادرين على الشجار. ويقع الخيار أيضاً على الأطفال الذين يعانون شكلاً من أشكال الإعاقة، مثل التأتأة في الكلام. والأطفال الذين يتعرّضون للتنمّر قد يصبحون هادئين، وقد تقلّ ثقتهم بأنفسهم، ويقلّ عدد أصدقائهم. حتى أنّ بعضهم قد يحاول الانتحار. والمدارس التي توجد فيها مشكلة التنمّر، غالباً ما تكون فيها مشكلات أخرى أيضاً.

الإطار ١٠–٢ بناء احترام الذات عند الأطفال – «فلنعزّز شعورنا الجيّد حيال أنفسنا»



بناء الشعور بالأمان

يحتاج الأطفال إلى أن يشعروا بالأمان وأن يعرفوا ما هو مُتوقَّع منهم. ويمكننا تعزيز هذين الأمرين بالطرق الآتية:

- وضع قواعد وحدود واضحة مع الأطفال في الصف – قد تشمل القواعد أن يرفع الطلاب يدهم قبل أن يتكلموا في الصف، لكي يضمن المعلّم أن يحظى الجميع بالفرصة لأن يصغي إليهم الآخرون. وقد تشمل القواعد أيضاً أن يكون الطلاب مهذبين، لكي يضمن أن يشعر جميع الطلاب بأنهم مرحَّب بهم وبأنهم يلقون الدعم في الصف.
- مناقشة القواعد والفوائد منها.
- وضع القواعد بشكل ظاهر في الصف واتباع طريقة معيّنة ومعروفة للجميع في التعامل مع هذه القواعد.
- الحرص على ألا يحصل أيّ تنمّر في الصف.

بناء حسّ الهوية

هذا يعني أن يعرف الشخص نقاط قوته ونقاط ضعفه وأن يشعر بأنه فريد. ويمكننا أن نبني حسّ الهوية عند الطفل بالطرق الآتية:

- تشجيع النشاطات التي تسمح للأطفال بالتعبير عن أنفسهم (لصق الصور، والرسم، والتقارير)، لمساعدة الأطفال في التعرف إلى أنفسهم أكثر.
- تضمين الفروض المنزلية أنشطة يحتاج فيها الأطفال إلى التفاعل مع أفراد العائلة الآخرين.

تعزيز حسّ الانتماء

من المهم أن يشعر الأطفال بأنهم ينتمون إلى جماعة أكبر. ويمكننا تعزيز هذا الشعور بالطرق الآتية:

- تخصيص الفرص للعمل الجماعي الذي يقضي بأن يقدّم الطلاب فروضاً مشتركة.
- مناقشة كيفيّة التعامل مع النزاعات من خلال توضيح السلوك المقبول والحدود المفروضة.
- مساعدة الأطفال في تنمية التسامح مع الأطفال الذين يأتون من خلفيّة مختلفة عن خلفيّتهم.
- إبراز نقاط قوّتهم باستمرار.

بناء حسّ الهدف عند الأطفال

يحتاج الأطفال إلى أهداف محدّدة يعملون باتجاهها. ويمكنك تعزيز هذا الحسّ بالطرق الآتية:

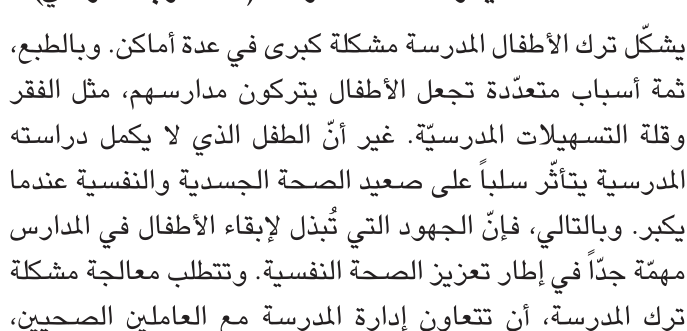
- الحرص على أن تتوقّع من الأطفال أموراً منطقيّة.
- مساعدة الأطفال في تحديد أهدافهم اليومية أو الأسبوعية الخاصة، ومراقبة تقدّمهم في تحقيقها.
- مدحهم حتى على أصغر الخطوات التي يحرزونها في تقدّمهم باتجاه تحقيق هذه الأهداف.
- عرض أعمال كل الأطفال بشكل بارز.
- مدحهم بشكل أكثر فعالية – نحاول أن نقول ما هو الأمر المحدّد الذي يفعله الطالب والذي يعجبنا، مثلاً «أنت تعمل بهدوء وتقوم بعملك بمفردك يا شادي». فهذا التصريح أدقّ وصفاً من القول «أنت تقوم بعمل جيّد يا شادي».
- اختيار الملاحظات البنّاءة – اقترح الأمور التي يمكن القيام بها، بدلاً من التعليق على الأمور التي لم تُنجَز.

فالمباشرة بحلّ مشكلة التنمّر يساعد الأطفال على الصعيد الفرديّ كما يساعد النظام المدرسيّ بشكل عام. والإستراتيجية الأهم التي ينبغي أن نبدأ بها، هي أن نشجّع المدرسة على تطبيق سياسة معيّنة حيال مسألة التنمّر. فينبغي تشجيع الطلاب على مشاركة تجاربهم في التعرّض للتنمّر، ويجب العمل مع الأشخاص الذين يستمرّون بالتنمّر على الآخرين على الرغم من التحذيرات الموجّهة إليهم ورسم حدود لهم وتأهيلهم . وينبغي أن نأخذ على محمل الجدّ أيّ طفل يشكو من أنه يتعرّض للتنمّر، فالتغاضي عنه على أنه «ضعيف» هو تصرّف خاطئ. والطلاب الذين يمارسون التنمّر قد يكونون أيضاً طلاباً تعساء، فعلينا إعطاءهم الإرشاد قبل أن نهدّدهم بالتدابير القاسية. ويجب تعميم مهارات وثقافة «حل النزاعات» عند المعلمين والطلاب والأهل.

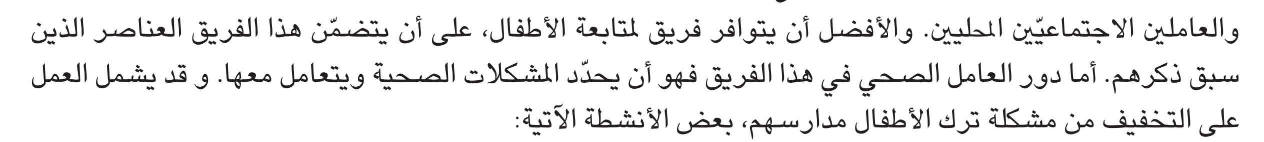
بناء احترام الذات

الأطفال يمكنهم الاستفادة من الأنشطة التي تساعد في بناء احترام الذات (راجع الإطار ١٠–٢). وينبغي تشجيع المعلمين على تضمين الحصص، أنشطة تهدف إلى بناء احترام الذات. يمكننا أن نؤدّي دوراً مهمّاً من خلال إطلاع الأساتذة على المنافع التي قد تأتي بها هذه الأنشطة بالنسبة إلى صحة الأطفال النفسية. وبالتالي سوف تساعد هذه الأنشطة في تحسين الأداء الأكاديمي، وتخفّف من المشكلات السلوكية والنزاعات في الصف. ويمكن استعمال هذه الأنشطة أيضاً مع الأطفال الذين سبق أن تعرّضوا لسوء المعاملة أو الذين لا يرتادون المدرسة. (للمزيد عن حماية الأطفال أنظر دليل «حماية الطفل في المؤسسات، في المراجع).

١٠–٣–٢ عندما يترك الطفل المدرسة (التسرّب المدرسي)



يشكّل ترك الأطفال المدرسة مشكلة كبرى في عدة أماكن. وبالطبع، ثمة أسباب متعدّدة تجعل الأطفال يتركون مدارسهم، مثل الفقر وقلة التسهيلات المدرسيّة. غير أنّ الطفل الذي لا يكمل دراسته المدرسية يتأثّر سلباً على صعيد الصحة الجسدية والنفسية عندما يكبر. وبالتالي، فإنّ الجهود التي تُبذل لإبقاء الأطفال في المدارس مهمّة جدّاً في إطار تعزيز الصحة النفسية. وتتطلب معالجة مشكلة ترك المدرسة، أن تتعاون إدارة المدرسة مع العاملين الصحيين، والعاملين الاجتماعيّين المحليين. والأفضل أن يتوافر فريق لمتابعة الأطفال، على أن يتضمّن هذا الفريق العناصر الذين سبق ذكرهم. أما دور العامل الصحي في هذا الفريق فهو أن يحدّد المشكلات الصحية ويتعامل معها. و قد يشمل العمل على التخفيف من مشكلة ترك الأطفال مدارسهم، بعض الأنشطة الآتية:



- ينبغي أن يُفرَض نظام تحذيريّ، يُحوَّل بموجبه جميع الأطفال الذين يتركون المدرسة على فريق المتابعة
- ينبغي أن نحدَّد الأسباب التي تدفع بأيّ طفل إلى ترك المدرسة. وقد يتطلب هذا الأمر أن نقوم بزيارات إلى المنزل لنتحدّث مع الطفل وأهله. ومن المسائل العائلية التي قد تؤدّي إلى أن يترك الطفل مدرسته، النقص في الإرشاد الوالديّ الجيّد، وقلة الاهتمام بتعليم الطفل، لا سيّما بالنسبة إلى تعليم الفتيات وفي حالات الفقر والمشكلات الأسرية. فيمكن أن يقدّم المعلم عندئذ معلومات عن سلوك الطفل وقدراته التعلّمية. وبعض المشكلات الصحية النفسية، وخصوصاً التعلّمية (راجع القسم ٨–٢)، مثل النشاط الزائد(راجع القسم ٨–٣) وسوء معاملة الأطفال (راجع القسم ٨–٤)، قد يؤدّي بالطفل إلى التعب في الدراسة وترك المدرسة.
- ينبغي التدخّل لإعادة الأطفال إلى المدرسة. وقد يكون التدخّل بالطرق الآتية:
  - توعية الوالدين على ضرورة تعليم الطفل.
  - تحسين التواصل بين الأهل والمعلمين.
  - تأمين وسائل التقييم التربويّ بالنسبة إلى الأطفال الذين يعانون مشكلات تعلّميّة.
  - الاتصال بمعلّمي المدرسة، إذا كان العقاب، أو التنمّر، أو عوامل أخرى متعلقة بالمدرسة هي السبب لترك المدرسة.
  - تأمين الإرشاد الفرديّ للأطفال الذين تدفعهم أسباب عاطفيّة إلى تجنّب المدرسة.
- إجراء تقييم للمتابعة بالنسبة إلى كل الأطفال الذين يتمّ تحويلهم على الفريق. وهذا ضروريّ لنضمن أنّ الأطفال عادوا إلى المدرسة وأنّه يتمّ التعاطي مع مشكلاتهم كما ينبغي.

راجع القسم ١٠–٥–٣ للاطلاع على النصائح حول الوقاية من إدمان الكحول والتبغ في المدارس.

١٠–٤ اكتشاف الاضطراب النفسيّ في مرحلة مبكرة

١٠–٤–١ كيف نكتشف بداية اضطراب نفسيّ جديد؟

غالباً ما يمرّ وقت لا بأس به قبل أن يُحضَر إلينا شخص بسبب اضطراب نفسيّ، وذلك لثلاثة أسباب مهمّة:

- يبدأ عددٌ كبير من الاضطرابات النفسية ببطء شديد، كالاكتئاب والفصام اللذين يتطلبان أسابيع (أو أكثر) ليظهرا، بمعنى أنّ تردّي الحالة الصحية لا يبدأ فجأة.
- يشعر بعض الأشخاص بالإحراج حيال الاضطراب النفسيّ، فيحاول إخفاء الشخص المريض عن عيون الآخرين، كما يحاول المريض أن يخفي نفسه.
- قلة الو عي بمواضيع الصحة النفسية.
- الوصمة الاجتماعية المتصلة بالأمراض والاضطرابات النفسية والتي تنتشر في البلدان والمجتمعات العربية بكثرة.
- يصطحب بعض العائلات الأقرباء المصابين باضطراب نفسيّ إلى المعالجين الدينيّين أو الروحيّين، لأن هذه العائلات تشعر بأن المرض ناتج من لعنةٍ ما أو من سحر.

إنّ الاضطراب النفسيّ، تماماً مثل المرض الجسدي، كلما اكتُشف وعولج في مرحلة مبكرة، جاءت النتائج أفضل. وينبغي أن نكون متنبّهين للدلائل الأولية للاضطراب النفسيّ كلما جاء شخص لاستشارتنا. وفي الوقت نفسه، ينبغي أن نشرح للمسؤولين المعنيّين في المجتمع المحلي عن هذه الدلائل، لكي يتمّ اكتشافها أيضاً عند الأشخاص الذين لا يأتون إلينا. وقد نجد الفرص لنكتشف الاضطرابات النفسية باكراً في عدة حالات. مثلاً، عندما يأتي إلى عيادتنا شخص ليستشيرنا في مشكلة صحية معيّنة، يمكننا أن نسأله «كيف تجري الأمور في البيت؟ وكيف حال الآخرين في المنزل؟» نتذكر أننا بحاجة إلى أن نسأل، لأنّ معظم الأشخاص لن يعطونا المعلومات بصراحة من تلقاء أنفسهم، بسبب قلة المعرفة أو الشعور بالحرج.

بعض الدلائل المبكرة على الاضطراب النفسيّ:

- السلوك الغريب أو غير الاعتياديّ، مثل الشخص الذي يتحدّث مع نفسه، أو يضحك كثيرا من دون سبب
- الانقطاع عن الأنشطة اليومية وفقدان الاهتمام بها.
- التغيير المفاجئ في المزاج، فيصبح الشخص في حالة غير طبيعية من الابتهاج والنشاط، أو ينفق المال بشكل مفرط.
- ادّعاء الشخص بأنه ممسوس من الأرواح الشريرة أو العفاريت.
- تهديد الشخص بأنه سينتحر.
- أداء ضعيف أو تراجع في أداء الطفل في المدرسة.
- تعاطي الشخص كميات متزايدة من الكحول.



إنّ تأمين الخطوط الهاتفية الساخنة يصبح أكثر شعبيّة في بعض الأماكن، باعتباره طريقة لبلوغ الأشخاص الذين يعيشون حالة من الأسى ومساعدتهم. وهذه الخطوط الساخنة تسمح للأشخاص الذين يعانون الاكتئاب أو القلق بأن يتصلوا بمرشدٍ متدرّب ليطلبوا منه النصح والإرشاد (راجع الفصل ١٢ لتدوين الموارد في منطقتك، والقسم ٢–٩–٣ للاطلاع على كيفيّة فحص شخص عبر الهاتف).

تجربة الخط الساخن للمساعدة النفسية في اليمن

إنها وسيلة معاصرة تعتمد على استخدام التلفون في تقديم الإرشاد والنصح والمعلومات بحسب الطلب لأي فرد (ذكر أم أنثى ، صغير أم كبير).

١– تقديم المساعدة النفسية المجانية للذين يعانون مشكلات نفسية ولا يتمكنون من الوصول إلى العيادة النفسية لسبب أو لآخر.

٢– المساهمة في إزالة مفهوم الوصمة الاجتماعية بالخوف والارتياب من المشكلات النفسية والمساعدة في تقديم يد العون لمن يحتاج إليها .

٣– أن تكون وحدة الطوارئ النفسية مساعدة للتدخل في الظروف الحرجة التي يتعرض لها طالب المساعدة النفسية، وتقلل حجم المخاطر التي قد يعرض نفسه لها (كالانتحار مثلا).

٤– المساهمة في تطوير خدمات الصحة النفسية الأولية في المجتمع .

٥– الاستفادة المستقبلية في البرامج التطبيقية للدراسات العليا في الإرشاد النفسي، وعلم النفس العيادي.

يتكون فريق الخط الساخن للمساعدة النفسية من مجموعة متطوعة من الاختصاصيين النفسانيين ، ممن مارسوا الاختصاص في إطار العمل العيادي النفسي بمستشفى الأمراض النفسية أو البحوث والدراسات التطبيقية والإرشادية في إطار قسم العلوم السلوكية بكلية الطب/جامعة عدن وفريق الباحثين النفسانيين او برنامج الإرشاد السلوكي المدرسي. وقد تم تنظيم برنامج تدريب وتعليم مستمر للطاقم سواء محليا او خارجيا في(مصر، الأردن، لبنان).

تجربة الخط التلفوني الساخن للمساعدة النفسية في عدن، الموقع الالكتروني للجمعية اليمنية للصحة النفسية، www.ymha–psy.org

١٠–٤–٢ الوقاية من الانتكاس

للأسف، يميل كثيرون من الأشخاص المصابين باضطرابات نفسيّة إلى التوقّف عن تناول دوائهم قبل الموعد المحدّد، الأمر الذي غالباً ما يؤدّي إلى الانتكاس. فينبغي أن نحرص على أن ينال الأشخاص المصابون باضطرابات نفسية علاجَهم، وأن يستمرّوا باتباعه كما يجب. نشرح للشخص ولعائلته عن الفوائد من اتباع العلاج، وعن الوقت الذي يحتاجه بعض الأدوية قبل الحصول على أيّ نتيجة، وعن الآثار الجانبية المحتملة للأدوية، وعن كيفية التخفيف من هذه الآثار. إذا تخلّف شخص يعاني اضطراباً نفسيّاً حادّاً عن الزيارة الدورية إلى العيادة للمراجعة، قد تفيده الزيارة إلى منزله وفحصه هناك للوقاية من الانتكاس. وإذا أصرّ الشخص على أنه لا يريد أن يأخذ المزيد من الأدوية، يمكننا القيام بزيارات مكثفة إلى منزله لاكتشاف أيّ دلائل للانتكاس.

١٠–٥ الوقاية من إدمان الكحول والتبغ

إنّ إدمان الكحول والتبغ يشكّلان السببين الأساسيّين للإعاقة وللوفاة التي يمكن تجنّبها في العالم. ومن المهم أن نميّز بين الكحول من جهة، والمخدّرات القوية والتبغ من جهة أخرى. فالكحول قد لا تشكل ضرراً جدياً للصحة إذا استُهلكت بكميات محدودة وبوعي تام ولو أن الامتناع عن تناولها يبقىالأسلم. أما التبغ والمخدّرات القوية فهي خطيرة بغض النظر عن الكميات التي تُستهلك منها. وبالتالي، فإنّ الوقاية من إدمان الكحول يمكن أن تركّز على استراتيجيات نشرح فيها للأشخاص أنه ينبغي أن يسيطروا على الكمية التي يتناولونها (تماماً مثلما ينبغي أن يسيطروا على سلوكهم الجنسي)، أما الاستراتيجيات لمكافحة التبغ والمخدّرات القوية، فينبغي أن تركّز على الامتناع الكلي. «فقط قل لا»، هذا هو الشعار الأفضل بالنسبة إلى هذه المواد.

١٠–٥–١ الوقاية في العيادة

الإستراتيجية الأبسط هي أن تطرح على كل الأشخاص سؤالين بسيطين:

- هل تشرب الكحول؟ إذا كان الجواب «نعم»، هل أنت قلق بشأن الكمية التي تشربها؟
- هل تدخّن أو تمضغ التبغ؟

وبناءً على ما يقوله الشخص، اشرح له عن مخاطر الإدمان وعن الحاجة إلى التخفيف من الشرب أو التوقّف عنه، وإلى الامتناع كليّاً عن التبغ. وليس ثمة تقنية وقائية أفضل من هذه (للمزيد من التفاصيل، راجع الفصل ٦).

١٠–٥–٢ الوقاية في المجتمع

من الضروري أن نكون مطّلعين على القانون المتعلّق بالكحول والتبغ في بلادنا. ففي بعض البلدان مثلاً، لا يُسمَح للحانات بأن تبقى فاتحة أبوابها بعد ساعة معيّنة، كما لا يُسمح للأطفال بشراء التبغ أو الكحول مع تشديد العقوبات على من يقدم الشراب لمن هم دون ١٨ سنة، أو يبيع لهم السجائر. فإذا عرفنا أنّ أشخاصاً معيّنين يُحتمل أنهم يخرقون القوانين، يمكننا أن نعلم السلطات المحلية أو الشرطة، لنحرص على أن يُطبَّق القانون. ويمكننا أن نطلب من أصحاب الحانات أن يُصرّوا على الزبائن حتى لا يشربوا ويقودوا السيارة، أو أن نعلّمهم طرقاً مهذبة ولكن صارمة ليرفضوا تقديم الكحول إلى شخص يبدو عليه السكر بوضوح. ويجب العمل على مراجعة القوانين والتشدد في نصوصها وتطبيقها.



إنّ إعلانات السجائر محظّرة في عدة بلدان

يمكننا أن نساعد الأشخاص الذين يعانون مشكلة شرب من خلال تشجيعهم على تشكيل المجموعات ذاتية الدعم، مثل Alcoholics Anonymous (انظر الفصل السادس) في المجتمع المحلي. ويمكننا أيضاً أن نخفّف من استهلاك التبغ، ومن المخاطر التي يفرضها التدخين غير المباشر، وذلك بأن نحرص على أن توضع لافتات مكتوب عليها "ممنوع التدخين" في الأماكن المغلقة، مثل العيادات والمدارس والمكاتب الحكومية ومكاتب الشركات وحافلات وسيارات النقل ويجب تعميم منع التدخين في المطاعم والمقاهي، وتوعية الأهل على مخاطر التدخين داخل المنزل على الأطفال (جرّاء التدخين السلبي).

١٠–٥–٣ الوقاية في المدارس والجامعات

المراهقة هي المرحلة التي يحاول فيها الأشخاص التدخين والشرب للمرة الأولى. إنها المرحلة الأهم لتزوّد الأشخاص بالمعرفة اللازمة عن كيفية تجنّب التدخين والوقاية من مشكلات الشرب. وهذه بعض الرسائل التي يمكننا أن نستعملها في المدارس والجامعات:

- ليس شرب الكحول أو تدخين السجائر من الأمور «الجذابة». هل تظنّ أن رائحة الدخان العتيق أو المشروب مثيرة للمتعة؟
- التدخين والشرب قبل سن الثامنة عشرة (أو الحادية والعشرين في بعض البلدان) هما جرمان، تماماً مثل السرقة.
- إنّ الإعلانات التي تُظهر أشخاصاً رياضيّين وجميلي المظهر، يدخّنون ويشربون، لا تبيعكم إلا الكذب. ففي الواقع، إن الأشخاص الذين يدخّنون أو يشربون هم أشدّ مرضاً وأبشع مظهراً من الآخرين.
- يمكنكم أن تتسلوا وتحتفلوا من دون مخدّرات أو كحول. فتمضية الأوقات المسلية تعني أن تستمتع برفقة أصدقائك

وبالأنشطة من دون الحاجة إلى تناول أيّ مواد.

- إذا كنت تعرف شخصاً يدخّن أو يشرب، تقرّب منه واقترح عليه أن يُقلع عن عادته.
- سوف تنفق كل مالك على الكحول والتبغ، تخيّل ما يمكنك أن تفعل بهذا المال إذا أقلعت عن هذه العادات.
- لماذا تحتاج إلى مخدّر لتكون على «طبيعتك»؟ توقّف عن تناول هذه المواد وسوف تكون طبيعياً حقاً.
- ويمكن اعتماد نهج «من طفل إلى طفل» الذي يساعد الأطفال والشباب على أن يتعاونوا على الوقاية من التدخين والشرب أو على الامتناع عنه.
- من الضروري العمل والتنسيق المستمر بين الأهل والمدرسين والعاملين الصحيين والاجتماعيين. فالتوعية حول هذه المسائل هي من مسؤولية الجهات المختلفة.

١٠–٦ تعزيز حقوق الأشخاص الذين يعانون اضطرابات نفسيّة



إنّ الوصمة، بمعناها الحرفيّ، هي علامة في الجسم. وهذا ما كانت تضعه بعض المجتمعات للأشخاص الذين يعانون أمراضاً نفسية، دلالة على أنهم مختلفون. أما اليوم، فإنّ الأشخاص المصابين باضطرابات نفسيّة يُنبَذون ويُهمّشون بطرق «أكثر لطفاً». من المهم أن نتذكر أنّ المجتمع قد وصم عدة أنواع من الأمراض عبر الزمن، من البرص حتى الإيدز. وتماماً كما ناضل العاملون في القطاع الصحي والمجتمع المدني لتحدّي الوصمة المرتبطة بهذين المرضين، كذلك ينبغي أن يناضلوا لتحدّي التمييز الذي يمارَس ضدّ «المرضى» النفسيّين.

إنّ العنصر الأهم لتحدّي التمييز هو أن تعرف سببه. بالطبع، إنّ «المرضى» النفسيين يتصرّفون حقّاً بطريقة مختلفة أحياناً: فالشخص المكتئب قد يبدو منسحباً وانطوائياً، بينما يبدو الشخص المصاب بالفصام عدوانيّاً. أما السبب الأساسي للتمييز فهو عدم المعرفة. لأنّ عدم معرفة الوقائع المتعلّقة بالاضطراب النفسي تدفع بالأشخاص إلى الخوف من «المرضى» النفسيين. وفي الإطار ١٠–٣، بعض الإجابات عن الأسئلة الشائعة عن الاضطراب النفسيّ.

يتطلّب تحدّي الوصمة أن تكون الأفكار في ذهننا واضحة عن الوقائع وحقائق المرض وأعراضه. وإذا مددنا يد الصداقة والدعم والتفهّم فسوف نكون مثالاً للآخرين في مجتمعنا. علينا ألا نستخدم الكلمات المعتمدة في اللغة العامية لوصف المرضى النفسيين (مثلاً «مختلّ» أو «معتوه» أو «مجنون » أو «أهبل» أو «متخلّف» أو «مش طبيعي» أو «أخوت» أو «غبي» أو «مهزوز»). فهذه الكلمات تقلّل من احترام الأشخاص وتزيد من حدة التمييز.

ينبغي أن نحارب الوصمة على عدة أصعدة في المجتمع، من خلال:

- نعلّق الإعلانات والملصقات (راجع الإطار ١٠–٤) ونضَع وسائل إعلاميّة أخرى في الأماكن العامة (مثل العيادات والمدارس).
- نوجه الأشخاص البارزين في المجتمع المحلي، مثل وجهاء البلدة والعاملين الصحيين الآخرين ورجال الشرطة وأرباب الأعمال المحتملين والقادة في المجتمع المحلي وصناع القرار، بشأن المسائل المتعلقة بالاضطراب النفسي.
- نشجّع أرباب الأعمال على أن يعطوا فرص عمل للأشخاص الذين شفوا من الاضطراب النفسي.
- نشجّع الشرطة على أخذ الاضطراب النفسي في الاعتبار، بتحويل الشخص الذي يتصرّف بشكل غير لائق إلى الرعاية الصحية بدلاً من زجّه في السجن.
- نشجّع الأقرباء لكي يسمحوا للمريض النفسي بالمشاركة في الأنشطة مثل أيّ فرد من أفراد العائلة، ويحرصوا على أن يلقى الرعاية الطبية الملائمة.
- نشجّع الأطبّاء على أن يأخذوا الشكاوى الصحية التي يعبّر عنها الأشخاص المصابون باضطراب نفسيّ بالجدّية نفسها التي يأخذون بها شكاوى أيّ شخص آخر.

١٠–٦–١ حقوق الإنسان[٣] و «المرض» النفسي



في الماضي، كان الأشخاص المصابون «بأمراض» نفسية يُحتجَزون في أماكن مغلقة، ويوثَقون بسلاسل حديدية، ويُعامَلون كأنّهم لا يستحقّون أيّ كرامة أو تعاطف. ومع أنّ هذه المشاهد الرهيبة نادراً ما نراها اليوم، إلا أنّ الحقوق الإنسانية للأشخاص الذين يعانون من «أمراض» واضطرابات نفسية ما زالت تُنتَهك في عدة أماكن في العالم.

الإطار ١٠–٣ بعض الأسئلة الشائعة حول الاضطراب النفسي: الخرافات والحقائق

هل الاضطرابات النفسية وراثيّة؟

قد تنتقل الاضطرابات النفسية الحادة ضمن العائلات، ولكن هذا نادر. فمعظم «المرضى» النفسيّين، أهلهم طبيعيون تماماً.

هل يستطيع «المريض» النفسي أن يعمل أو يتزوّج؟

نعم بالطبع. فمعظم «المرضى» النفسيين، إذا خضعوا للعلاج، يمكنهم العمل وتحمّل المسؤوليات العائلية. ولكن من الطبيعي أن يتطلب الأمر تكييف العمل مع حاجات الشخص، تماماً مثلما هي الحال مع المصابين بأمراض جسدية.

أليس «المرض» النفسي ناتجاً عن اللعنة، أو السحر الأسود، أو الأرواح الشريرة؟

قطعاً لا. «فالمرض» النفسي ناتج عن التغيّرات في طريقة عمل الدماغ وعن الضغط التي تسبّبه عدة عوامل، مثل المشكلات العائلية.

هل ينبغي بالأشخاص المصابين «بمرضى نفسيّ أن يأخذوا الأدوية طوال حياتهم؟

معظم الأشخاص المصابين «بمرض» نفسيّ لا يحتاجون إلى الدواء أكثر من ستة أشهر. ولكن بعض الأشخاص، لا سيّما المصابين باضطرابات نفسية حادة، قد يحتاجون إلى الأدوية لمدة أطول.

---

(٣) إعلان الأمم المتحدة لحقوق المرضى النفسيين في عام ١٩٩٥ www.ijpm.org وإعلان الجمعية العالمية للطب النفسي (إعلان مدريد) في عام ١٩٩٦ www.wpanet.org. للمزيد، انظر كتاب «النفس تشكو والجسد يعاني» في المراجع.

فكثير من الأشخاص المصابين بـ «أمراض» نفسيّة يحرمون من الحرية والرعاية الصحية الملائمة. كثيرون ما زالوا يُحتَجزون إمّا في السجون وإمّا في مستشفيات الأمراض النفسيّة، وهناك يُعاملون معاملة قاسية. وغالباً ما لا يُتاح لهم الحصول على الرعاية الطبية بشكل خاص، وهي أكثر ما يحتاجون إليه في المراحل الحادة من مرضهم. والواقع أنّ عدداً كبيراً منهم يمضي سنوات في مستشفيات «الأمراض» النفسية لأنّ أقرباءه تخلّوا عنه. وبعض مستشفيات الأمراض النفسية لا يحتوي العدد الكافي من العاملين، وبدلاً من ذلك، تتمّ إدارتها مثل السجون، أي أنّ الهدف ليس معالجة المرضى وإعادة تأهيلهم، بل احتجازهم لإبقائهم بعيدين عن المجتمع. وما زال هؤلاء يتعرّضون لممارسات قاسية، فيُضرَبون، ويوثَقون، ويخضعون لصدمات كهربائية من دون مخدّر. وقد تُنتهك الحقوق الإنسانية «للمرضى» النفسيين في منازلهم.

الإطار ١٠–٤ بعض الشعارات لمكافحة التمييز



«الأمراض» النفسية شائعة.

كل إنسان قد يعاني اضطرابا نفسيّاً.

يمكن معالجة «الأمراض» النفسية بالدعم الأسري والإرشاد والأدوية.

الاكتئاب ليس كسلاً، بل هو حالة قابلة للعلاج.

الأمراض الدماغية والضغط هي من مسببات المرض النفسي.

من المهمّ أن يتعرّف العاملون الصحيون إلى الحالات التي تُنتهك فيها الحقوق الإنسانية. (ففي البلدان العربية، كثيرا ما يحتجز «المرضى» في مستشفيات «الأمراض» العقلية رغما عنهم، أو يتم إرسال تقرير عن «المريض» إلى إحدى الجهات دون موافقته...).

وينبغي أن يكون هدفنا أن تزداد معرفة العائلات والأشخاص الذين يعملون في مستشفيات «الأمراض» النفسية (يعطي الإطار ١٠–٤ أمثلة على بعض الشعارات التي يمكننا أن نستعملها لمكافحة التمييز ضد «المرضى» النفسيين). وإذا فشلت جهودنا في تغيير سلوك هؤلاء الأشخاص من خلال زيادة معرفتهم، قد نضطرّ لاتّخاذ إجراءات أقوى من خلال إعلام المنظمات غير الحكومية، أو الشرطة، أو المحامين، بحالات انتهاك حقوق الإنسان.

من ملخّص قرار الجمعية العمومية للأمم المتحدة بشأن حماية الأفراد الذين يعانون اضطرابات نفسية وتحسين مستوى رعاية الصحة النفسية

من حق الفرد الذي يعاني اضطرابات نفسية أن يعرف:

- تشخيص حالته.
- سبب العلاج وفترته والنتائج المنتظرة.
- بدائل العلاجات الأخرى.
- أي آلام أو عدم راحة أو آثار جانبية متوقعة.
- يحق «للمريض» أن يطلب وجود شخص إلى جانبه في أثناء إعطاء موافقته على بدء العلاج.
- من حق «المريض» أن يرفض العلاج إلا في الحالات التي يتسبب فيها وقف العلاج بخطر على حياته أو حياة المحيطين به.
- لا يجوز إقناع «المريض» بالتنازل عن حقه في مناقشة العلاج والموافقة عليه.
- لا يتم علاج «المريض» من دون موافقته سوى في الحالات الآتية: إذا كان «المريض» لا يدرك مرضه، وإذا كان فاقداً القدرة على الحكم على الأشياء، وإذا حكمت سلطة ثالثة بأن علاج «المريض» صحيح وأنه ضروري لدرء الخطر عنه أو عمن حوله.
- يجب تسجيل أنواع العلاج الموصوفة كافة.
- لا يجوز تقييد «المرضى» النفسيين إلا في حالات الطوارئ التي يشكّل فيها «المريض» خطراً على نفسه.
- لا يجوز مطلقاً استخدام التعقيم كعلاج «للمرض» النفسي.

- لا يجوز إجراء العمليات الجراحية على «المرضى» النفسيين إلا بموافقة القانون المحلي، وبعد مقابلة شخصية ومعمّقة مع المريض يجريها طرف خارجي محايد.
- يجب تعريف «المريض» النفسي إلى حقوقه كافة لحظة دخوله المنشأة العلاجية.
- من حق «المريض» أن يختار شخصاً ينوب عنه وأن يحدد ذلك الشخص.

(لمزيد من المعلومات، راجع بحث حول حقوق «المريض» النفسي بين الطب والدين والقانون من إعداد د. لطفي الشربيني/ استشاري الطب النفس على موقع مركز الدراسات أمان، ٢٠٠٣. http://www.aman.org).

١٠–٧ العلاقات التي تمرّ بحالة أسى



إنّ الأشخاص الذين يعيشون ضمن علاقة مليئة بالعاطفة والدعم، يتمتعون عادة بصحة نفسية جيّدة. وأهم العلاقات التي نعيشها في حياتنا هي علاقتنا بشريك حياتنا، وعلاقتنا بأهلنا وبأولادنا، وعلاقتنا بأصدقائنا. وهذه العلاقات الوثيقة تؤمّن الفرح والمتعة لمعظمنا. فعندما نكون قلقين، تمدّنا هذه العلاقات بالدعم والأمل. غير أنّ العلاقات قد تكون أيضاً غير سعيدة. فعندما تمرّ العلاقة بأزمة ما، قد نصبح تعساء ونشعر بالغضب. لذلك تُعتبر مساعدة الأشخاص الذين يمرّون بحالة أسى في علاقاتهم طريقة هامة لتعزيز الصحة النفسية.

١٠–٧–١ لماذا تتفكّك العلاقات

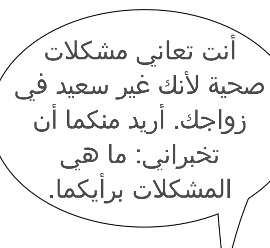
أحياناً تخيّم التعاسة على العلاقة مدّة طويلة. وأحياناً تدخل العلاقة في أزمة فجائيّة من جرّاء حادث مثل وفاة أحد الأولاد أو خسارة وظيفة. وتمرّ العلاقات بصعوبات لعدة أسباب شائعة:

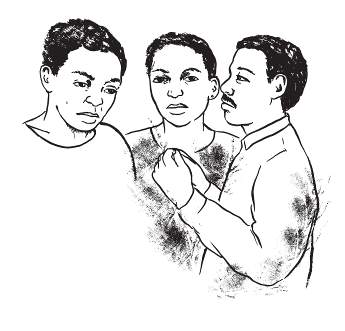
- **الأحداث الحياتية الكبرى:** إنّ الأحداث السعيدة، كما الأحداث المحزنة، قد تسبّب الصعوبات في العلاقة. فولادة طفل مثلاً، تُدخل عادةً الفرح والبهجة إلى الأهل والعائلة. إلا أنها قد تضعف العاطفة بين الأم والأب أيضاً. فالأطفال يضاعفون حجم الأعمال، وإذا لم تشعر الأم بأنها تحصل على الدعم الكافي، فقد تشعر بالاستياء شيئاً فشيئاً. هذا من جهة. أما من جهة أخرى، فقد يشعر الرجل بأنه لا يحصل على الوقت الكافي مع شريكته. كذلك، إنّ الأحداث غير السعيدة، مثل خسارة الوظيفة، قد تسبّب قدراً كبيراً من الضغط للأشخاص، الأمر الذي يسبّب الأسى في علاقاتهم مع الآخرين. فالشخص الذي خسر وظيفته، يخسر بعضاً من احترامه لنفسه، ما يجعله حزيناً وسريع الانفعال. وبالتالي فإنّ الشريك سوف يزعجه أن يكون عليه تقديم الدعم لكل العائلة.
- **المشكلات المالية:** إنّ قلة المال تعني أنه قد يستحيل على العائلة أن تقوم بعدة أمور تحبّ أن تقوم بها. وقد تنشأ النزاعات والشجار في الأسرة بين من يبذّر المال ومن يَجنيه.
- **العنف:** من الصعب التعامل مع العنف. ومعظم ضحايا العنف في الأسر من النساء. وقد يمارس الأهل سوء المعاملة مع الأطفال، أو الأولاد مع الأهل الكبار في السن. والعنف العاطفي، مثل التهديد والكلام القاسي، من شأنه أن يؤذي العلاقات تماماً مثل العنف الجسدي. أما العنف الجنسي، مثل إجبار الشريكة على ممارسة الجنس، فقد يؤدّي إلى ضرر كبير للعلاقة (راجع القسمين ٧–٢ و ٧–٣).
- **الوقوع في حبّ شخص آخر:** الزواج ينبغي أن يكون علاقة تدوم مدى الحياة. ولكن للأسف، ليست هذه حال كل الزيجات. فالعلاقات الغرامية خارج الزواج غالباً ما تنتج عن علاقة زوجية غير سعيدة، وتجعل العلاقة الزوجية أكثر تعاسة.

- **الصعوبات الجنسية:** هذه ناحية مهمة وحساسة في العلاقات الزوجية. فالعلاقات التي يشعر فيها الشريكان بالرضى على الصعيد الجنسيّ هي عادة علاقات سعيدة. والرضى الجنسي لا يعني أن يكون مستوى النشاط الجنسي مرتفعاً، بل يعني بكل بساطة أن الشريكين راضيان على الوتيرة التي يمارسان بها العلاقات الجنسية. أما المشكلة فتظهر عندما يكون أحد الشريكين أكثر توقاً إلى العلاقات الجنسية من الآخر، أو عندما يظنّ أحد الشريكين أنّ الجنس لا يعطيه القدر نفسه من الرضى الذي يعطيه للشريك الآخر. والصعوبة الحقيقية بالنسبة إلى المشكلات الجنسية هي أنّ الجنس موضوع حميم جدّاً لدرجة أنّ معظم الأشخاص يشعرون بالإحراج حيال مناقشته مع شخص آخر.
- **المرض:** المرض، أجسديا كان أم نفسيّاً، يمكن أن يؤثر على العلاقة، لا سيّما إذا استمرّ فترة طويلة. والمرض قد يعني أنّ الشخص يعجز عن العمل أو المشاركة في النشاطات التي تضمن الرضى في العلاقة. ورعاية مثل هذا الشخص المريض قد تؤدي إلى الاستياء والغضب.
- **إدمان الكحول:** الأشخاص الذين يعانون مشكلة شرب الكحول قد يكونون عنيفين ويسيئون معاملة الآخرين، وخصوصاً عندما يكونون في حالة سكر. وغالباً ما تؤدّي مشكلات الشرب إلى مشكلات مالية وصعوبات جنسية.

١٠–٧–٢ كيف نساعد في إعادة بناء العلاقات

يمكننا أن نؤدي دوراً مهماً في مساعدة الأشخاص على إعادة بناء علاقاتهم. فأهمّ ما في الأمر أن نتذكر أن العلاقة غير السعيدة قد تسبّب مشكلة صحية، أو تزيدها سوءاً. أما الخطوة الأولى في مساعدة الأشخاص على إعادة بناء علاقاتهم، فهي أن نتعرّف إلى العلاقة التي تمرّ بحالة من الأسى. وفي المجتمعات الصغيرة، قد يكفينا أن نكون يقظين وأن نستمع إلى ثرثرة أفراد المجتمع حول المشكلات التي تدور في بعض الأسر، لكي نكوّن فكرة عن الأشخاص الذين يواجهون صعوبات في العلاقات. ولكن ينبغي أن تعتمد أكثر على طرح الأسئلة عن العلاقات. أما الأشخاص المعرّضون لمواجهة المشكلات فهم:





- الأشخاص الذين يعانون مشكلات شرب ومشكلات صحية نفسية.
- الأشخاص الذين يتعرّضون لإصابات وحوادث غير معروفة السبب.
- الأشخاص الذين يعانون مرضاً مزمناً في عائلاتهم.
- العائلات التي مرّت بحادث حياتيّ كبير، مثل فقدان وظيفة أو ولادة طفل.

ثمة ثلاث خطوات ينبغي أن تتبعها لمساعدة الأشخاص في إعادة بناء العلاقات:

- فهم المشكلة.
- وضع القواعد الأساسية.
- تحسين التواصل.
- الحرص على السرية.

فهم المشكلة

نتحدّث إلى الشريكين معاً عن صعوباتهما. وإذا لم يكن هذا ممكناً، نتحدّث إلى كلٍّ منهما على انفراد، ولكن نوضِح لهما أنهما إذا أرادا تفادي ازدياد سوء العلاقة، فسيكون عليهما أن يتحدّثا إلينا معاً. ومجرّد النقاش الصريح حول ما يزعج كلاً من الشريكين، غالباً ما يؤدّي إلى الاقتراحات التي من شأنها أن تحسّن العلاقة. ويكفي أن يعبّر كلٌّ منهما عن مشاعره لكي تبدأ عمليّة إعادة بناء الثقة والأمل. ويمكننا أن نقترح اتخاذ الإجراءات أيضاً، في حال كان أحد الشريكين مريضاً مثلاً، أو أن نعطي النصائح لإيجاد حل.

وضع القواعد الأساسية



إنّ القاعدة الأساسية الأولى هي أنه لا ينبغي لأيّ من الشريكين أن يسيء معاملة الآخر أو أن يضربه. بعدئذٍ، يمكن أن يقترح كلٌّ منهما بعض القواعد الأخرى التي يودّ من الآخر أن يحترمها. وبالمناقشة معنا، يمكنهما أن يتفقا على مجموعة من القواعد التي سوف يتبعانها ليعيدا بناء علاقتهما. مثلاً، قد تقترح الشريكة أن يخفّف الشريك من الشرب حتى يصبح مرة واحدة في الأسبوع. وقد يقترح الشريك بدوره أن تتوقّف شريكته عن التذمّر من أصدقائه. بعد ذلك، علينا أن نراقب هذه القواعد دوريّاً لنرى إذا ما كان الشريكان يتقدّمان في علاقتهما. وإذا سارت الأمور على ما يرام، فقد تصبح القواعد تدريجيّاً جزءاً من حياتهما اليومية.

تحسين التواصل

هذا هو العنصر الأهم في إعادة بناء العلاقات. فإذا تحدّث الأشخاص عن مشكلاتهم وتشاركوها، لا بدّ من أنهم سيكتسب واحدهم الثقة بالآخر، وسيجدون الحلول. ويمكننا تحسين التواصل إذا طلبنا من الشريكين أن يمضيا بعض الوقت يوميّاً، نصف ساعة مثلاً، يتحادثان عن النهار الذي أمضياه. وفي ما يلي بعض الطرق البسيطة لتحسين التواصل بين الشريكين:

- أن يتحدّثا عمّا أسعدهما وعمّا أحزنهما في هذا النهار.
- أن يتشاركا النشاطات، مثل الأعمال المنزلية والاهتمام بالأولاد، فهذه المشاركة من شأنها أن تبني الروابط العاطفية.
- أن يجدا شخصاً ثالثاً مشتركاً وجديراً بالثقة يتحدّثان إليه، كأحد أفراد العائلة، أو أحد أصدقائها.
- أن يجدا الوقت لممارسة النشاطات المسلية التي كانا يمارسانها عندما كانت علاقتهما سعيدة.
- أن يكتشفا ما إذا كانت عندهما أيّ مشكلات جنسية (راجع القسم ٥–٥)، وذلك بعد أن يكتسب كلٌّ منهما الثقة بالآخر.

١٠–٧–٣ متى ينبغي الانفصال؟

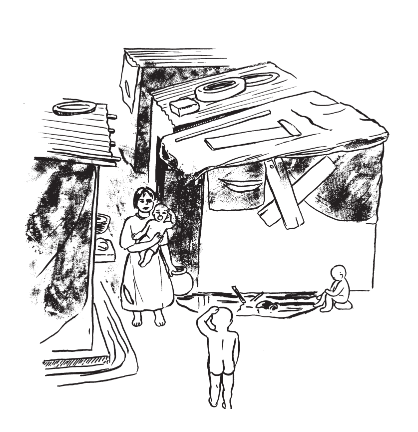
أحياناً تكون العلاقة سيئة لدرجة أنّ الانفصال يكون الحل الأفضل لكل العائلة. ومن الحالات التي يعتبر فيها الانفصال الحلّ الأفضل:

- إذا استمرّت مشكلة العنف في المنزل أو إذا ازدادت سوءاً.
- إذا كان أحد الشريكين على علاقة غرامية خارج الزواج ولا ينوي أن يغيّر سلوكه.
- إذا كان الشريكان يرغبان في الانفصال.
- إذا بقيت العلاقة سيئة جدّاً بالرغم من المساعدة.

يمكننا أن نساعد الشريكين من خلال تقديم الدعم لكل منهما في اتخاذ القرارات الصحيحة بشأن كيفية الانفصال (مثلاً، تقسيم المسؤوليات بالنسبة إلى الاهتمام بالأولاد)، وبشأن تجنّب الخلافات القانونية المزعجة والمكلفة. وبعد الانفصال، يمكن أن يكون لنا دورٌ في إرشاد الشريكين، أو بشكل خاص الشريك الذي تُرك وحده، لنساعده على الانطلاق في حياته من جديد ونعطيه الأمل في مستقبل أفضل.

١٠–٨ الفقر والصحة النفسية

«الفقر هو من أقسى أشكال العنف» (شعار ترفعه بعض الجمعيات الناشطة في مجالات التنمية ومكافحة الفقر). يرتبط الفقر بتردّي الصحة النفسية. وهذا ليس بالأمر المفاجئ. فالفقر يرتبط بأمور كثيرة مسبّبة للضغط. وفي ما يلي بعض العوامل التي قد تسبّب الاضطراب النفسي عند الشخص الذي يعيش في ظروف الحرمان:



- **النزوح إلى المدن وتفكّك المجتمعات الريفية:** إنّ الأشخاص الذين ينزحون إلى المدن غالباً ما يعيشون في أحياء فقيرة، خالية من الشبكات الاجتماعية. أما بالنسبة إلى الذين يتركهم الأزواج والآباء (وأحياناً الأمهات) للعمل في بلدان أخرى ويغيبون عاماً كاملاً أو أكثر في الأرياف، وهم من الأطفال والنساء والكبار في السن عادةً، فقد تؤدّي خسارة شخص منتج في العائلة إلى الوحدة فضلاً عن الآثار النفسية الضاغطة على الشريك والأطفال.
- **مسبّبات الضغط المادية:** يملك الفقراء موارد مادية أقلّ من سواهم، وهم أكثر تعرّضاً للأعباء الجسدية المرتبطة بالفقر. بالتالي، يحظّر عليهم أن يحصلوا على المياه النظيفة، والغذاء، والقروض المصرفية.
- **الظروف الحياتية الصعبة وغير الصحية:** إنّ العيش في بيئة غير صحية تملؤها القاذورات، يؤدّي إلى الضغط والتعاسة.
- **النقص في التعليم وفرص العمل:** يصعب على الفقراء أن يحصلوا على مستوى جيّد من التعليم بكلفة مقبولة، وبالتالي يصعب عليهم إيجاد عمل. فالنقص في التعليم يحدّ من قدرة الشخص على إيجاد مخرج من الفقر، الأمر الذي يؤدّي إلى اليأس وفقدان الأمل في المستقبل.
- **عدم توفّر الرعاية الصحية الجيّدة والملائمة:** إنّ الحصول على الرعاية الصحية الملائمة أصعب على الفقراء منه على سواهم. وبالتالي فإنّ الأشخاص الفقراء المصابين بأمراض نفسية يصعب عليهم الحصول على العلاج المناسب.
- **العبء الأكبر الذي يشكّله تردّي الصحة الجسدية:** يعاني الفقراء عبء الاضطرابات الجسدية أكثر من سواهم. والاضطراب النفسي أكثر حدوثاً عند الأشخاص الذين يعانون أمراضاً جسدية.

إنّ الاضطراب النفسيّ يمكن أن يؤثّر سلباً على الأوضاع الاقتصادية للأشخاص بعدة طرق:

- الاضطرابات النفسية تؤثّر في قدرة الشخص على القيام بواجبه في العمل (وفي البيت).
- يلجأ أشخاص كثيرون إلى طلب الرعاية الصحية من مصادر متعددة، بسبب حصولهم على العلاج غير الملائم للاضطرابات النفسية، وبالتالي ينفقون كميات كبرى من المال على صحتهم.
- إنّ زيادة المصاريف بسبب إدمان أحد أفراد العائلة الكحول أو المخدّرات، من شأنها أن تجرّ الشخص المدمن وعائلته إلى الفقر.
- إنّ الوصمة المرتبطة «بالمرض» النفسيّ تحدّ من فرص عمل الأشخاص.
- إنّ بعض الاضطرابات النفسية، مثل إدمان المواد المخدّرة، والإعاقات التعلّمية، والفصام، تؤثّر في قدرة الشخص على الاستمرار في دراسته، وبالتالي تحدّ من الفرص الاقتصادية التي تتوفّر له في المستقبل.

وهكذا، فإنّ الأشخاص الذين يعيشون في حالة من الفقر هم أكثر تعرّضاً لاضطرابات النفسية، والاضطراب النفسي يزيد الفقر سوءاً. كذلك، إنّ العولمة وما يسمى«الإصلاحات» الاقتصادية الناتجة عنها في العالم، ولا سيّما في البلدان الفقيرة، تؤدّي إلى تغيّرات هائلة في الحياة اليومية. فهذه السياسات تؤثّر في إمكانيات المواطنين كلهم بالنسبة إلى المحافظة على صحتهم، وذلك بعدة طرق. فقد أصبحت كلفة الرعاية الصحية أعلى بسبب سحب الدعم الحكومي عنها. ولم تعد الرعاية الصحية العامة مجانية، والرعاية الصحية الخاصة تزداد كلفتها باستمرار. كذلك، فإنّ أسعار الأدوية ترتفع أيضاً، وسوف تؤدّي القوانين الدولية الجديدة التي ترعى تصنيع الأدوية وبيعها في العالم إلى ارتفاع كلفة معظم الأدوية الجديدة. ولكن، ربما يكون الخطر الأكبر التي تشكّله «الإصلاحات» الاقتصادية على الصحة هو أنها تساهم في توسيع نسبة التفاوت واللامساواة في كلٍّ من المجتمعات. فالأقليّة الأغنى في كل مجتمع تغتني أكثر فأكثر، فيما تفتقر الأكثرية الفقيرة. وهذه اللامساواة تشكّل تحدّياً خطيراً بالنسبة إلى الانسجام في مجتمعاتنا المستقبلية، وإلى صحة ملايين الأشخاص الذين ينتمون إلى الفئات الأقلّ يُسراً.

١٠–٨–١ تعزيز الصحة النفسية بين الفقراء

عندما يواجه الأشخاص مشكلات الفقر، قد يميلون إلى اعتبار المسائل النفسية غير مهمة. فبعض الأشخاص يعتبر أنّ الاكتئاب والمشكلات الصحية النفسية الأخرى ناتجة عن «التفكير بالماديات» وعن «التطرّف»، لأن المشكلات الصحية النفسية إمّا هي من متطلّبات الرفاهية بالنسبة إلى الفقراء وإمّا هي نتيجة طبيعية للفقر. وكلا المعتقدين خاطئ. فالاضطرابات النفسية مرتبطة في أحيان كثيرة بالفقر، ولكنها ليست نتيجة أساسية عنه.

ففي الواقع، إن معظم الفقراء يتكيّفون فتبقى صحتهم النفسية جيّدة. لكن في أحيان كثيرة، يترافق الفقر والاضطرابات النفسية. وتماماً كما تُعطى المضادات الحيوية لمعالجة السل، وهو اضطراب مرتبط بالفقر، ينبغي أن تؤمّن العلاج للاكتئاب والمشكلات الصحية النفسية الأخرى المرتبطة بالفقر.

يركّز تعزيز الصحة النفسية عند الفقراء على المبادرات الآتية:

- **تأمين الخدمات الأساسية في المجتمع:** إنّ الأفراد الذين يعيشون في بيئة نظيفة لا بدّ من أن تكون صحتهم أفضل. فإذا قمت مثلاً بدور ناشط لتحسين الصحة العامة وتعزيز النظافة الصحية في المجتمع، في سبيل تخفيف الإصابات بالإسهال، فهذا الإجراء من شأنه أن يعزّز الصحة النفسية.
- **تعزيز الشبكات الاجتماعية والتناغم:** قد يكون مكاننا هو الأفضل بشكل خاص لنؤمّن نشوء الشبكات الاجتماعية على مستوى الأفراد. فإذا علمنا مثلاً أنّ أحد الأشخاص الكبار في السنّ يعيش وحده ويشعر بالتعاسة، وأنّ بجواره عائلةً تضمّ امرأة مع ولدين صغيرين، والأم تجد صعوبة في التنسيق بين العمل ورعاية الأولاد، يمكننا أن نقترح على هؤلاء الأشخاص أن يؤمّن واحدهم الدعم للآخر. فيهتم الكبير في السن، من جهته، برعاية الأولاد في خلال النهار، أما المرأة فتؤمّن لهذا الشخص الصداقة وفرصة مشاركة وجبات الطعام معها ومع عائلتها.
- **تخفيض مستويات العنف:** ينتشر العنف والجرم حيث تنتشر اللامساواة، أو حيث يُقسم المجتمع إلى فئات دينية اثنية مختلفة. وفي هذه الحالات، ينبغي أن نعمل عن كثب مع قادة مجتمعات أخرى ومع صانعي القرارات على بناء التناغم الاجتماعي. وقد يتضمّن ذلك:
  - مقاطعة جميع أشكال التدابير السياسية التي تقسّم الشعب إلى فئات أو مجموعات صغيرة.
  - المناداة بتلبية حقوق كل إنسان الأساسية من دون أي تمييز لأي سبب كان.
  - المناداة بمعاملة جميع أفراد المجتمع بالمساواة، من قبل الشرطة، والأنظمة الصحية والقانونية.
  - اختيار رجال الشرطة الملتزمين بالحد من العنف، واعتبارهم الأكثر أهلية في الانتخابات المحلية.
  - توعية رجال الشرطة على أهمية التعامل مع الشكاوى المتعلقة بالعنف المنزلي.

- **تحسين الفرص الاقتصادية في المجتمع:** قد لا يكون أمامنا مجال واسع لتأمين وظائف جديدة أو فرص اقتصادية بشكل مباشر. ولكن إذا اطلعنا باستمرار على برامج الرفاهة والعمل، يمكننا أن نعطي ما لدينا من معلومات للأشخاص الذين قد يحتاجون إليها. مثلاً، يمكننا أن نساعد الأشخاص الذين يشكون من ثقل الديون من خلال تأمين الفرص لهم بالحصول على القروض الصغيرة من مشاريع التسليف الصغيرة. ويمكننا أن نشجّع أعضاء المجلس البلدي أو الجماعات النسائية على إنشاء مشاريع مماثلة. فبصفتك عاملاً صحيّاً، سوف تؤخَذ اقتراحاتك على محمل الجدّ.
- **تأمين الرعاية الفعالة في المركز الصحي:** علينا أن نكون كفوئين في التعرّف إلى المشكلات النفسية الشائعة ومعالجتها. ولا نغضّ النظر عنها أبداً على أنها نتيجة طبيعية للفقر. عوضاً عن ذلك، إذا عالجنا الاضطراب النفسي، فإنّ الأشخاص لن يشعروا بأنهم بحال أفضل فحسب، بل سوف يتحلّون بالقوى الفكرية والشعورية التي ستمكّنهم من إيجاد الحلول لمشكلاتهم.

تعزيز الصحة النفسية:

التعريف الإجرائي للصحة النفسية الذي تبنّاه برنامج الصحة النفسية في ورشة الموارد العربية. www.mawared.org

يتعلّق تعزيز الصحة النفسية أساساً بإجراء تغييرات في المجتمع تؤدي إلى تعزيز العافية النفسية لأفراده. ويمكن إدراج هذه الاستراتيجيات ضمن أربعة مستويات وهي:

- **الفرد:** تشجيع الموارد الفردية عبر تعزيز التدخلات الهادفة إلى احترام الذات والتكيّف والحزم في مجالات مثل الوالدية أو مكان العمل أو العلاقات الشخصية. تعزيز رضى الفرد بحياته وثقته بنفسه والمشاركة الفعّالة في نشاطات مختلفة.
- **العائلة:** تحديد قدرات العائلة ومواردها ونقاط قوّتها والبناء عليها للاستفادة من علاقات العائلة القوية التي تؤمن عوامل حامية للأطفال وللشباب.
- **المجتمع:** تعزيز الروابط الاجتماعية، وتطوير بنيات داعمة تعزّز الصحة النفسية في أماكن العمل، والمدارس، والأحياء. إذ يعتبر توثيق علاقات ثابتة مع الأسر والأساتذة وموظفي المدارس الآخرين أمراً أساسياً لتعزيز الرعاية والخدمات ونشاطات ما بعد المدرسة. ويساعد التنسيق وتبادل المعلومات بين المدارس والعائلات ومؤمني الرعاية والخدمات على خلق محيط داعم للتعلُّم.
- **الحكومة:** خفض العقبات الاجتماعية والاقتصادية على المستوى الحكومي عبر تعزيز خدمات الصحة النفسية لتصل جميع من يحتاجها ودعم المواطنين المهمّشين، وبالتالي تخفيض الناجمة عن نظام الصحة النفسية، بالإضافة إلى المساعدة في بناء البيئة الداعمة التي تعزز النمو عند الأطفال والشباب وتطورهم الايجابي.

تتضمن نشاطات تعزيز الصحة النفسية:

- التدريب والتشجيع على خدمة المجتمع وتقديم الخدمات، تساعد هذه الخدمات الشباب على تنمية مهاراتهم ومرونتهم الاجتماعية الضرورية لتفادي السلوكيات الخطرة.
- برامج دعم الأقران.
- الفنون الترفيهية والأنشطة الخلاقة.
- الأنشطة الاستشارية.
- العمل المجتمعي مع منظمات ومدارس لبناء شبكة دعم من طرق الرعاية والخدمات والفرص الملائمة ثقافياً وتُعنى بكامل أوجه حاجات الأطفال والشباب.
- تطوير خدمات مجتمعية يستفيد منها كل من هو بحاجة إليها.
- دمج خدمات الصحة النفسية في خدمات الرعاية الصحية الأولية وفي خدمات اجتماعية أخرى.

١٠– ٩ النوع الاجتماعي (الجندر) والصحة النفسية

إنّ عدم المساواة بين الرجل والمرأة يعني أنّ المراكز والأدوار والحقوق والصلاحيات في المجتمع تمارَس بطريقة مختلفة بين هذين النوعين الاجتماعيين. لا بدّ من أننا قرأنا في أقسام سابقة من هذا الدليل عن بعض الحقائق الأشدّ خطورة الناتجة عن أنّ مركز المرأة في مجتمعنا أضعف من مركز الرجل، ومن هذه الحقائق مثلاً أنّ المرأة قد تكون ضحية

العنف المنزلي والاغتصاب. ونرى من خلال هذه الأمثلة كيف أنّ عدم المساواة في الجندر يؤثّر على العلاقة الشخصية بين الرجل والمرأة. أما هذا الفصل فيعالج تأثير عدم المساواة في الجندر (بين الجنسين) على الطريقة التي يتفاعل بها المجتمع والنظام الصحي مع مسائل الصحة النفسية عند النساء. (أنظر أيضاً كتاب «النفس تشكو والجسد يعاني» في المراجع).

١٠-٩-١ عدم المساواة الجندرية (بين الجنسين) والصحة النفسية

ينبغي أن نأخذ في الاعتبار ثلاث مسائل عندما نفكر في المرأة والصحة النفسية:

- **هل إنّ النساء أكثر تعرّضاً للمشكلات الصحية النفسية؟** هذا وقف على نوع الاضطراب النفسي. فالنساء أكثر عرضةً للاكتئاب والقلق. أمّا الاضطرابات النفسية الحادة فهي شائعة بالتساوي في النوعين الاجتماعيين، فيما مشكلات الإدمان، مثل إدمان الكحول، أكثر شيوعاً عند الرجال.
- **لماذا تعاني النساء مشكلات صحية نفسية؟** من المعروف أنّ مسبّبات الضغط في الحياة تزيد من احتمال أن يصاب الأشخاص بالاكتئاب. وعدم المساواة الجندرية يسبّب الكثير من الضغط في حياة المرأة. فالمرأة قد تعمل بقدر ما يعمل الرجل، ولكنها قد تتقاضى أجراً أدنى. وقد لا تحظى بوقت «للراحة» أو بالوقت لنفسها، لأنّ عملها لا يعتبر ذا قيمة. كذلك، قد يمارَس الضغط عليها في المنزل لكي تنجب.
- **ماذا يحصل للنساء اللواتي يعانين مشكلات صحية نفسية؟** لا تحصل المرأة التي تعاني أيّ نوع من المشكلات الصحية على النوعية نفسها من الرعاية الصحية التي يحصل عليها الرجل. كذلك، فإنّ شكاوى المرأة تؤخذ بجديّة أقلّ من قبل الأقرباء والعاملين الصحيّين. فالنساء اللواتي يعانين الإكتئاب غالباً ما لا يحصلن على العلاج المناسب لمشكلاتهنّ، بل توصَف لهنّ الحبوب المنوّمة والفيتامينات. إنّ إرسال الفتيات المصابات بإعاقة عقلية إلى مدارس خاصة أقلّ شيوعاً من إرسال الصبيان. والرجل «المريض» نفسيّاً يمكنه أن يتزوّج، أمّا المرأة «المريضة» نفسيّاً فغالباً ما تُترَك وحيدة. وقد تعاقَب المرأة التي تعاني اضطراباً نفسيّاً على أيّ تقصير في الواجبات التي قد تُعتبَر أصلاً اعتداءً على الطبيعة النسائية، مثل قلة الاهتمام بتحضير الطعام، أو إهمال الأولاد. وقد يُعتبر الاضطراب النفسي عند النساء عاراً على العائلة، كما أنّ المرأة «المريضة» نفسيّاً لا تحظى بالدعم الاجتماعيّ الكافي. وغالباً ما يعيد الرجل شريكته «المريضة» نفسيّاً إلى بيت أهلها، مهجورةً أو مطلّقة.



تعدد أدوار المرأة

١٠–٩–٢ تعزيز الصحة النفسية عند النساء

إنّ تعزيز المساواة الجندرية، من خلال تزويد المرأة بالسلطة لاتخاذ القرارات التي تؤثر على حياتها، والشرح للرجل ما ينبغي أن يعرفه عن الحاجة إلى الحقوق المتساوية، هما من الطرق الأهمّ لتعزيز الصحة النفسية عند النساء. وللقيام بهذه المهمّة، علينا أن ننشط وأن ننادي بحقوق المرأة. وتعمل جماعات نسائية في عدة أماكن بجهد كبير من أجل الحصول على اعتراف أكبر بحقوق المرأة. إن مشاركة العامل الصحي في هذه النشاطات هي مساهمة مهمّة في تعزيز الصحة النسائية.

يخشى البعض تبسيط المشكلات وردّها إلى اضطرابات نفسية لدى المرأة في حين تكون المشكلات اجتماعية أحيانا كثيرة. إنّنا عندما نعتبر أنّ المرأة أكثر تعرّضاً للاكتئاب، فثمة خطر بأن يُنظر إلى بعض المشكلات الاجتماعية الكبرى على أنها مشكلات صحية. أي أنّ المرأة التي تتعرّض للضرب من قبل شريكها وتصبح محبطة، إن مشكلتها الحقيقية هي العنف المنزلي المسؤول المباشر عن اكتئابها (راجع الفصل السابع). وينبغي أن نقلق أيضاً على صحة المرأة الحالية. فإذا كُسرَت ذراع المرأة من جرّاء عنف شريكها، فسوف تعالج الكسر أوّلاً. كذلك، فإنّ معالجة الاكتئاب سوف تساعد في تحسين قدرة المرأة على التركيز والنوم، وتعزّز احترامها لنفسها وطاقتها. وبالتالي، سوف تستطيع أن تجد الحلول للمشكلات المنزلية التي تسبّب الضغط. (أنظر أيضاً «كتاب الصحة لجميع النساء». في المراجع).

ينبغي أن ندرك دائماً الدور القوي الذي يمثله عدم المساواة بين الرجل والمرأة بالنسبة إلى صحة النساء. ويمكننا المساهمة في التخفيف من عواقب عدم المساواة على الصحة النفسية عند المرأة، وذلك بعدة طرق:

- عندما تأتي امرأة لاستشارتنا، لا سيّما إذا كانت تأتي غالباً لاستشارتنا في مشكلات صحية صغيرة، علينا أن نخصّص بعض الوقت للاستعلام عن الحالة في منزلها وعن مسبّبات الضغط الأخرى. وعلينا إعطاء الفرصة للمرأة لتتحدّث عن مشاعرها ومشكلاتها.
- إذا كنا مرتاحين للفكرة (وإذا حصلنا على إذن من المرأة)، نتحدّث إلى الزوج أو إلى أفراد العائلة الآخرين، ونشرح لهم الصعوبات التي تواجهها المرأة، وكيف تؤثر هذه الصعوبات على صحتها. يمكننا أن نعطي أيضاً اقتراحات محدّدة لتحسين العلاقات (راجع القسم ١٠–٧).
- نلفِت نظر زملائنا في العيادة إلى عدم المساواة في الجندر الذي يمارَس بالنسبة إلى تأمين الرعاية الصحية. ونحرص على أن نعالج، نحن وزملاؤنا، الشكاوى الصحية عند الرجال والنساء بالاهتمام نفسه.
- إذا عرفنا أنّ امرأة معيّنة تعاني اضطراباً نفسيّاً حادّاً، ينبغي أن نولي اهتماماً خاصّاً لحاجاتها، بأن تحرص على أن تأتي لرؤيتنا دوريّاً. وإذا لم تحضَر إلى المركز الصحي، فنذهب لزيارتها في المنزل. نرشد أفراد عائلتها لنزيل أيّ شكوك قد تساورهم حول المرض.
- إذا عرفنا أنّ امرأة معيّنة تعيش في منزل تعاني فيه الكثير من الضغط، نبذل جهداً لنسألها إذا ما كان هذا الضغط يؤثر على صحتها، وكيف. فإذا اكتشفنا أنها تعاني مشكلات صحية نفسية، نرشدها ونحاول أن نعمل معها على مهارات حلّ المشكلات (راجع القسم ٣–٢).
- إذا كنا نعمل في مجتمع تنشط فيه المجموعات النسائية، نقوم بالمبادرة ونشارك في اجتماعاتها، ونناقش معها المشكلات الصحية النفسية على أنها موضوع ينبغي القلق بشأنه في ما يتعلق بالنساء (راجع الفصل ١٢).
- نسهّل تشكيل مجموعات الدعم أو مجموعات المساعدة الذاتية للنساء اللواتي يعانين مشكلات صحية نفسية (راجع القسم ١٠–١).

الجزء الرابع

تطبيق هذا الدليل في منطقتك

لقد وصفنا في الأقسام السابقة من هذا الدليل المقاربة العيادية للمشكلات الصحية النفسية، من وجهة نظر العامل الصحي العام. ولا بدّ من أنك وقعت على عدة نقاط طُلب منك فيها مراجعة الجزء الرابع من الدليل. فالجزء الرابع يسمح للقرّاء بتدوين المعلومات المتعلقة تحديداً بمنطقة عملهم. ويُقسم هذا الجزء إلى فصلين.

الفصل ١١ هو بمثابة دليل سريع لمختلف أدوية الاضطرابات النفسية، وقد خصّصنا فراغاً لتدوّن فيه الأسماء التجارية المحلية لهذه الأدوية، بالإضافة إلى ثمنها.

الفصل ١٢ يقترح عليك كيف يمكنك أن تدوّن المعلومات عن الموارد المحلية في منطقة عملك، التي قد تكون مفيدة لك لكي تساعد الأشخاص المصابين باضطرابات نفسيّة.

أما مسرد المصطلحات التقنية، فقد خصّصنا لك فيه فراغاً لكي تدوّن الكلمات التي تُستعمل في لغتك للتعبير عن معنى معيّن.



الفصل الحادي عشر

أدوية الاضطرابات النفسية

١١–١ اختيار الدواء المناسب ثمناً وفعاليّةً

إنّ كلفة الرعاية الصحية ترتفع في العالم. وهذا يعني أنّ علينا اتخاذ القرارات الصعبة بالنسبة إلى اختيار الدواء الذي ينبغي وصفه، لا سيّما في البلدان النامية. فعددٌ كبير من الأدوية الحديثة تغطيها القوانين الدولية لبراءة الاختراع، ما يعطي الإذن لشركة واحدة بإنتاج هذا الدواء لمدة معيّنة. وهذه الأدوية هي في معظم الأحيان أغلى ثمناً من الأدوية القديمة. فعندما يكون عليك أن تقرر بين استعمال دواء قديم، أقلّ ثمناً، أو دواء حديث، أغلى ثمناً، ينبغي أن تأخذ في الاعتبار النقاط الآتية:

- كلفة الدواء.
- فعالية الدواء (أي مدى جودته).
- الآثار الجانبية.
- المدخول العائلي.

فالدواء الحديث قد لا يكون أكثر فعالية من الدواء القديم في التخفيف من أعراض الاضطراب النفسيّ، ولكن قد تكون آثاره الجانبية أخف. وهذا الأمر قد يكون ذا أهمية كبيرة بالنسبة إلى بعض الأشخاص. فمضادات الذهان القديمة مثلاً تسبّب التصلّب وكثرة الحركة أكثر من مضادات الذهان الحديثة. والشخص الذي يتناول مضادات الذهان القديمة من جهة قد يشعر بأنه كثير الحركة لدرجة أنه لا يستطيع العمل ليجني المال. أما من جهة أخرى، فالشخص الذي يتناول مضادات الذهان الحديثة سوف ينفق مالاً أكثر على الأدوية، ولكنّه قد يستطيع دفعه لأنه يستطيع العمل أكثر من الشخص الذي يتناول الدواء القديم.

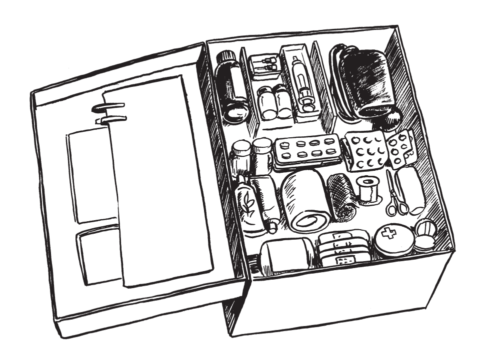
وعند اختيار الأدوية، قد تواجه الحالات الآتية:

- الدواء القديم والأقل ثمناً يضاهي أو يساوي الدواء الحديث والأغلى ثمناً من حيث الفعالية، ولا فرق بينهما على صعيد الآثار الجانبية. عندئذٍ صف الدواء القديم الأقل ثمناً. ومن الأمثلة الجيّدة على أدوية الاضطرابت النفسية في هذا الإطار، الاختيار بين أميتريبتيلين amitriptyline ونورتريبتيلين nortriptyline، وكلاهما مضاد للاكتئاب ثلاثي الحلقات. فالأول أقل ثمناً من الثاني، وكلاهما بالفعالية نفسها ويسبّب الآثار الجانبية ذاتها. لذلك، ينبغي أن تختار أميتريبتيلين amitriptyline. وثمة أدوية كثيرة حديثة للاضطرابات النفسية والعقلية لا تختلف عن الأدوية التي تمّ إنتاجها قبل سنوات، من حيث الآثار الجانبية والفعالية. فلا تصفها.
- الدواء القديم والأقل ثمناً يساوي الدواء الحديث والأغلى ثمناً، من حيث الفعالية، ولكنه يشكل خطراً أكبر بالنسبة إلى ظهور الآثار الجانبية. ومن الأمثلة الجيّدة على ذلك، الاختيار بين مضادات الاكتئاب القديمة، مثل أميتريبتيلين amitriptyline، ومضادات الإحباط الحديثة، مثل فلويوكزيتين fluoxetine. فالأول يساوي الثاني فعالية ولكنه أكثر تسبّباً بالآثار الجانبيّة. فالاحتمال أكبر في الدواء الأول بأن يتخلى الأشخاص عن العلاج بسبب الآثار

الجانبية. وثمة مثل آخر على هذا النوع من الحالات، وهو الاختيار بين مضادات الذهان القديمة، مثل هالوبيريدول haloperidol، ومضادات الذهان الحديثة، مثل ريسبيريدون risperidone. وهنا أمامك خياران. بالنسبة إلى الأشخاص الذين يستطيعون دفع ثمن الدواء الحديث، يمكنك أن تعرض عليهم الخيارين وتشرح لهم حسنات وسيّئات كل منهما. وليقم الشخص باتخاذ القرار. أما إذا كان الشخص ينتمي إلى عائلة أشدّ فقراً، فانصحه بالدواء القديم. وراقب تقدّم الشخص، فإذا ظهرت آثار جانبية حادة، عندئذٍ انتقل إلى الدواء الحديث.

- الدواء الحديث والأغلى ثمناً، أكثر فعالية من الدواء القديم. في هذه الحالة، أفضل الخيارات هو أن تصف الدواء الحديث. ولكن، إذا لم يستطع الشخص دفع ثمن الدواء الحديث، يمكن أن تجرّب الدواء القديم. وإذا سارت الأمور جيّداً، فلا حاجة إلى التغيير. أما إذا لم يعطِ الدواء مفعولاً جيّداً، عندئذٍ قد يكون الدواء الحديث هو الخيار الوحيد المتبقّي أمامك. ومن الأمثلة على هذا النوع من الحالات، الاختيار بين مضادات الذهان القديمة والحديثة. فالنتائج التي يأتي بها ريسبيريدون risperidone على الأشخاص الذين يعانون الفصام أفضل من نتائج كلوربرومازين chlorpromazine.

الإطار ١١–١ لائحة أدوية الاضطرابات النفسية



- فالبروات الصوديوم ★ sodium valproate أو كاربامازيبين ★ carbamazepine.
- كلوربرومازين ★ chlorpromazine أو هالوبيريدول ★ haloperidol (على شكل أقراص أو حقنة).
- بروسيكليدين procyclidine أو بنزكسول benzhexol أو بنزتروبين benztropine.
- ريسبيريدون risperidone أو أولانزابين olanzapine.
- فلويوكزيتين fluoxetine أو سرترالين sertraline (إذا لم يكن أيّ منهما ممكناً، أميتريبتيلين ★ amitriptyline أو إيميبرامين imipramine).
- مضاد للذهان قابل للحقن (مثل فلوفينازين ديكانوات ★ fluphenazine decanoate).
- ديازيبام ★ diazepam أو نيترازيبام nitrazepam.
- ثيامين ★ thiamine.

الأدوية المشار إليها بعلامة ★ واردة أيضاً في اللائحة الموجودة في الطبعة ١١ من «لائحة الأدوية الضرورية» التابعة لمنظمة الصحة العالمية.

١١–٢ دليل سريع لأدوية الاضطرابات النفسية

عليك أن تدوّن الأسماء التجارية المحلية للأدوية، وكلفتها في العمود الثاني من الجداول. وإنّ لائحة الأدوية في كلّ فئة ليست شاملة، بل تتضمّن الأدوية الأ عليها جيّداً دون سواها. ولكن، تركنا لك خانات فارغة في آخر كل فئة لكي تدوّن فيها أسماء الأدوية الأخرى المتوفّرة في منطقتك. في الإطار ١١–١ لائحة بالأدوية الضرورية التي ينبغي أن تتوفّر لمعالجة الاضطرابات النفسية.

الجدول ١١-١

الدواء	الأسماء التجارية	الاستعمالات	الجرعات	الآثار الجانبية	ملاحظات
كلوربرومازين Chlorpromazine	لارجاكتيل Largactil ثورازين Thorazine	• الغثيان والتقيّؤ • نوبات الهوس الحادة و/ أو النوبات المختلطة الحادة المصاحبة، للاضطراب ثنائي القطب	**حالات الغثيان والتقيؤ** يُزاد ١٠ إلى ٢٥ ملغ كل ٤ إلى ٦ ساعات. **حالات الفصام/ الشيزوفرينيا أو الهوس الحاد:** الجرعة الأولية عن طريق الفم: ١٠ ملغ تؤخذ ٣ أو ٤ مرّات في اليوم، أو ٢٥ ملغ تؤخذ مرّتين أو ٣ مرّات في اليوم. تُتابع الجرعة المُثلى لمدّة أسبوعين، ثمّ تُخَفَّف تدريجياً للوصول إلى أدنى مستوى صيانة فعَّال. ٢٠٠ ملغ/ يوم هو معدّل مألوف من الجرعات.	**ردود الفعل العصبية العضلية (خارج الهرمية):** **خلل التوتر العضلي:** يمكن أن تشمل الأعراض تشنج عضلات الرقبة. **التململ الحركي:** يمكن أن تشمل الأعراض الاهتياج أو النرفزة؛ وأحياناً، الأرق. **الباركنسونية الكاذبة:** يمكن أن تشمل الأعراض: الوجه الخالي من التعابير، سيلان اللعاب، الرجفة، الصمل الدولاب المسنّن، رعاش لفّ الأقراص، المشية المتثاقلة. **النعاس:** نعاس يأتي عادةً بين خفيفٍ ومعتدل. **القلب والجهاز الدوري:** تأثيرات تؤدي إلى هبوط الضغط: هبوط الضغط الوضعي، تسارع بسيط في نبضات القلب **العين:** تغيّرات تتعلّق بالعين.	**الأطفال:** يُمنَع استعمال هذا الدواء للأطفال (دون الـ ٦ أشهر إلا إذا كان في ذلك إمكانية لإنقاذ الحياة). **المسنّون/ المُصابون بالوهن/ المُصابون بالهُزال:** يوصى بجرعات أساسية أخفّ وتعديلات تدريجية أكثر.
تريفلويوبيرازين Trifluoperazine		استعمالان اثنان فقط معتمدان: القلق غير الذهاني والشيزوفرينيا	**الفصام/ الشيزوفرينيا:** **الكبار:** يؤخذ ٢ إلى ٥ ملغ عن طريق الف مرَّتين يومياً. تُزاد الجرعة للوصول إلى الاستجابة المثلى (في غضون أسبوعين أو ثلاثة أسابيع).	نعاس، دوار، تفاعلات جلدية، طفح جلدي، جفاف الفم، أرق، انقطاع الطمث، تعب، ضعف في العضلات، اضطراب فقدان الشهية، إفراز الحليب، غشاوة النظر، ردات فعل عصبية عضلية (خارج الهرمية).	يجب عدم أخذ أكثر من ٦ ملغ/يوم أو لأكثر من ١٢ أسبوعا لأنَّ استعمال تريفلويوبيرازين لفترات طويلة أو بجرعات عاليةً قد يتسبّب في عسر حركة متأخر دائم قد يتبيّن أنّه غير قابل للعكس.

يتبع

الجدول ١١–١ تابع

الدواء	الأسماء التجارية	الاستعمالات	الجرعات	الآثار الجانبية	ملاحظات
(تابع) تريفلويوبيرازين			**الأطفال (من ٦ إلى ١٢ سنة):** **الجرعة الأولية:** ١ ملغ تؤخذ مرَّة واحدة أو مرَّتين يومياً. يمكن زيادة الجرعات تدريجياً إلى أن تتمّ السيطرة على الأعراض أو إلى أن تصبح الآثار الجانبية مزعجة. **القلق غير الذهاني** **الجرعة:** ١ إلى ٢ ملغ تؤخذ مرَّتين يومياً. يجب عدم أخذ أكثر من ٦ ملغ/يومٍ أو لفترةٍ تزيد عن ١٢ أسبوعاً.		**المرضى الكبار في السن:** عادةً، تكون الجرعات الأخفّ كافية. فالكبار في السن يكونون أكثر عرضةً لهبوط الضغط وردات الفعل العصبية العضلية. يُوصى بمراقبة المريض عن كثبٍ وزيادة الجرعة تدريجياً. على الرغم من أنَّ الفينوثيازين لا يؤدي إلى إدمان نفسي أو جسدي؛ إلا أنَّ الانقطاع المفاجئ عن الدواء لدى المرضى النفسيِّين على المدى الطويل قد يتسبَّب بأعراض مؤقتة (مثلاً: الغثيان، والتقيّؤ، والدوار، والرجفة).
هالوبيريدول Haloperidol	هالدول Haldol	الاضطرابات الذهانية: اضطراب التوريت: المشكلات السلوكية: فرط النشاط: استعمالات غير مصنَّفة: الوقاية من الغثيان أو التقيّؤ الناتجين من العلاج الكيميائي وعلاجهما.	**الإضطرابات الذهانية:** **الكبار:** **الجرعة الأولية:** ٠,٥ إلى ٢ ملغ تُعطى مرَّتين أو ٣ مرّات يومياً. عند الأعراض الحادّة أو عند المرضى المزمنين أو المقاومين للدواء: ٣ إلى ٥ ملغ مرَّتين أو ٣ مرَّات يومياً. الأطفال (٣ إلى ١٢ سنة؛ وزن يتراوح بين ١٥ و٤٠ كلغ):	تسارع نبضات القلب، هبوط الضغط، ارتفاع الضغط الأعراض خارج الهرمية: أعراض شبيهة بأعراض الباركنسون، أو الزلز، أو خلل التوتر العضلي: الأرق، التململ الحركي، القلق، الشعور بالنشاط والخفة، الاهتياج، النعاس، الاكتئاب، النوام، الصداع، التشوّش، الدوار، نوبات الصرع الكبيرة، تفاقم الأعراض الذهانية التي تشمل الهلوسات، وجفاف الفم، وغشاوة النظر،	يجب عدم استعماله للأطفال دون الثلاث سنوات.

يتبع

الجدول ١١–١ تابع

الدواء	الأسماء التجارية	الاستعمالات	الجرعات	الآثار الجانبية	ملاحظات
(تابع) هالوبيريدول			**الجرعة الأولية:** ٠,٥ ملغ/يوم (من ٢٥ إلى ٥٠ مكغ/كلغ/يوم). عند الضرورة، يمكن زيادة الجرعة بمقدار ٠,٥ ملغ كل ٥ إلى ٧ أيام، لغاية ٠,١٥ ملغ/كلغ/يوم.	واحتباس البول، والتعرّق الغزير، والقساح. تفاعلات جلدية مثل الطفح الجلدي الحطاطي الفقاعي، والطَفَحٌ عُدي الشكل، وحالات نادرة من الحساسية للضوء، وخسارة الشعر، واحتقان الثدي، وألم الثدي، وعدم انتظام الدورة الشهرية، وتثدّي الرجل، والعجز الجنسي، والتشنّج القصبي.	
لوكزابين Loxapine	لوكزيتان Loxitane	**الاستعمال الوحيد:** الشيزوفرينيا/ الفصام	**الجرعة الأولية:** ١٠ ملغ مرَّتين يومياً. تُزاد الجرعة بشكلٍ سريع إلى حدٍّ ما في خلال الـ ٧ إلى ١٠ أيام الأولى، إلى أن تتمّ السيطرة على الأعراض. معدّل جرعة استمرار العلاج المعتادة ٦٠ إلى ١٠٠ ملغ/يوم.	تسارع نبضات القلب، هبوط الضغط، ارتفاع الضغط، هبوط الضغط الانتصابي، دوخة، نعاس، دوار، إغماء، مشية تَعثرية، مشية متثاقلة، ارتجاف في العضلات، ضعف، أرق، اهتياج، إلتهاب الجلد الناجم عن التوتر، الوذمة (تورّم الوجه)، ثرّ الحليب، انقطاع الطمث، تثدّي الرجل، عدم انتظام الدورة الشهرية، جفاف الفم، احتقان الأنف، إمساك، غشاوة النظر، احتباس البول، زيادة الوزن، خسارة الوزن، زلة تنفسية، إطراق، فرط الحمّى، احمرار الوجه، صداع.	لا يوصى بتناول جرعات تتخطى الـ ٢٥٠ ملغ/يوم. **الأطفال:** لم يتمّ التثبّت من عنصري السلامة والفعاليّة في دواء لوكزابين لدى المرضى الأطفال.
بيموزيد Pimozide	أوراب Orap	اضطراب التوريت استعمالات غير مُصنَّفة: علاج الداء الطفيلي التوهمّي المزمن المقاوم للعلاجات الأخرى.	**الكبار:** **الجرعة الأولية:** ١ إلى ٢ ملغ/يوم تؤخذ على جرعات مُقسّمة. بعد ذلك، تُزاد الجرعة كل يومين. لا يوصى بالجرعات التي تتخطى الـ ٠,٢ ملغ/كلغ/يوم	**القلب والجهاز الدوري:** **تغيّرات في تخطيط رسم كهرباء القلب:** **الجهاز العصبي المركزي:** **النظام العصبي العضلي:** التململ الحركي، خلل التوتر العضلي، الزلز، فرط المنعكسات الوترية، التشنّج الظهري، نوبات شخوص البصر	المعلومات حول استعمال بيموزيد وفعاليته لدى المرضى دون الـ ١٢ من العمر هي معلومات محدودة.

يتبع

الجدول ١١–١ تابع

الدواء	الأسماء التجارية	الاستعمالات	الجرعات	الآثار الجانبية	ملاحظات
(تابع) بيموزيد			أو ١٠ ملغ/يوم. **الأطفال:** يتمّ البدء بجرعة من ٠,٠٥ ملغ/كلغ، يُفضَّل أخذها وقت النوم؛ ويمكن زيادة الجرعة كل ثلاثة أيام لغاية ٠,٢ ملغ/كلغ كحدٍّ أقصى، من دون أن تتخطى الـ ١٠ ملغ/يوم.	**العلامات العصبية الناجمة عن التوقّف:** عسر حركة متأخر: حركات لاإرادية في اللّسان، أو الوجه، أو الفمّ، أو الفكّ؛ الإمساك؛ خدر.	

الجدول ١١–٢ أميتريبتيلين

الدواء	الأسماء التجارية	الاستعمالات	الجرعات	الآثار الجانبية	ملاحظات
أميتريبتيلين Amitriptyline	تريتيزول Trytizol؛ إيلافيل Elavil؛ لاروكسيل Laroxyl	**الاكتئاب:** التبول الليلي اللاإرادي	٢٥ ملغ من الاميتريبتيلين ٣ أو ٤ مرّات يومياً تؤخذ على جرعات مُقسّمة؛ وتُزاد إلى ٦ مرّات يومياً حسب المطلوب. بعض المرضى يستجيبون لجرعات أصغر ويمكن إبقاؤهم على قرصين يومياً. التبول الليلي اللاإرادي: ١٠ – ٣٠ ملغ/يوم.	الطفح الجلدي؛ الشرى؛ التحسس الضوئي؛ وذمة الوجه واللسان. اللانظاميات القلبية؛ هبوط الضغط الانتصابي؛ إغماء؛ ارتفاع الضغط؛ تسارع ضربات القلب؛ خفقان القلب بسرعة وبقوة (الوجيب). غيبوبة؛ نوبات؛ هلوسات؛ توهّمات؛ حالات من التشوّش؛ الضياع الزماني–المكاني؛ عدم التناسق؛ عسر حركة متأخر؛ عسر الكلام؛ اضطراب في التركيز؛ إثارة، قلق، أرق؛ نعاس؛ دوار؛ ضعف؛ تعب؛ صداع. تورّم خصيوي؛ تثدّي الرجال؛ تضخم الثدي؛ ثرّ الحليب لدى النساء؛ الضيق الشرسوفي؟؛ تقيّؤ؛ اضطراب فقدان الشهية؛ التهاب أنسجة الفم؛ مذاق غريب الطعم؛ إسهال؛ تضخم الغدة النكفية؛ اسوداد اللسان. القلة الخبيثة من الكريات البيض؛ نقص الكريات البيض؛ الثعلبة؛ الوذمة؛ خسارة أو زيادة في الوزن؛ تكرار التبوّل؛ ازدياد التعرّق؛ احتباس البول؛ توسّع مسالك البول؛ إمساك؛ غشاوة النظر؛ مشكلات في تكيّف العين؛ ازدياد ضغط العين؛ توسّع الحدقة؛ جفاف الفم.	بعد الحصول على استجابة مرضية، تُخفّف الجرعة إلى أصغر جرعة ضرورية. يمكن أخذ القسم الأكبر من كامل الجرعة اليومية وقت النوم. عند بعض المرضى، قد تكون جرعة واحدة وقت النوم كافية. بشكل عام، يوصى بجرعات أخفّ للمرضى المسنين. **أعراض التوقّف عن الدواء:** بعد فترة طويلة من تناول الدواء، قد يؤدي الإنقطاع المفاجئ عن العلاج إلى الغثيان، والصداع، والتوعّك. أمّا تخفيف الجرعات التدريجي فقد تبين أنَّه يؤدي، في غضون أسبوعين، إلى ظهور أعراض عابرة مثل سرعة الانفعال والغضب، والأحلام المزعجة، واضطرابات النوم.
إيميبرامين Imipramine	توفرانيل Tofranil	**الاكتئاب:** **علاج الأطفال:** الرعب والتبول الليلي اللاإرادي	في البداية، يؤخذ ٧٥ ملغ/يوم على جرعات مُقسّمة؛ ثمّ تُزاد إلى ١٥٠ ملغ/يوم. يجب	آثار جانبية مشابهة لآثار الإيميبرامين الجانبية	**جرعة الاستمرار في العلاج:** قد يكون من الضروري

يتبع

الجدول ١١–٢ أميتريبتيلين (تابع)

الدواء	الأسماء التجارية	الاستعمالات	الجرعات	الآثار الجانبية	ملاحظات
(تابع) إيميبرامين			عدم تخطي ٢٠٠ ملغ/يوم. ويمكن إعطاء الجرعة المطلوبة كاملة عند وقت النوم. **المراهقون والمسنون:** في البداية، يؤخذ ٥٠ ملغ/ يوم، مع زيادة تدريجية تصل حتى ١٠٠ ملغ/يوم. التبول الليلي اللاإرادي: ١٠ – ٣٠ ملغ/يوم.		تناول الدواء بالجرعة الأدنى التي تحافظ على السيطرة على المرض (معدّل يتراوح من ٥٠ إلى ١٥٠ ملغ/يوم)، وتؤخذ كجرعة واحدة وقت النوم. للتخفيف من احتمال الانتكاس، تتابع جرعة الاستمرار بالعلاج لثلاثة أشهر تقريباً.
كلوميبرامين Clomipramine	أنافرانيل Anafranil	وساوس ودوافع قهرية **استعمالات غير مصنّفة:** اضطراب الذعر، أعراض ما قبل الحيض التبول الليلي اللاإرادي	الجرعة الأولية: ٢٥ ملغ/يوم تُزاد تدريجياً إلى ١٠٠ ملغ تقريباً في خلال الأسبوعين الأوّل والثاني. بعد ذلك، يمكن زيادة الجرعة تدريجياً أثناء الأسابيع التالية، للوصول إلى ٢٥٠ ملغ/يوم كحد أقصى. **الأطفال والمراهقون:** الجرعة الأولية: ٢٥ ملغ يومياً، يجب زيادتها تدريجياً (تُعطى أيضاً على جرعات مُقسّمة مع وجبات الطعام للحدّ من الآثار الجانبية المعوية– المعدية). في خلال الأسبوعين الأوّلين، وبحسب القدرة على التحمّل، إلى جرعة	آثار جانبية مشابهة لآثار الإيميبرامين الجانبية	أثناء المعايرة ؟الأولية، يجب إعطاء الكلوميبرامين في جرعات مقسّمة مع وجبات الطعام للتخفيف من الآثار الجانبية المعدية المعوية. وبعد المعايرة، يمكن إعطاء الجرعة اليومية الكاملة وقت النوم للتخفيف من الخدر النهاري.

يتبع

الجدول ١١–٢ أميتريبتيلين (تابع)

الدواء	الأسماء التجارية	الاستعمالات	الجرعات	الآثار الجانبية	ملاحظات
(تابع) كلوميبرامين			يومية من ٣ ملغ/كلغ أو ١٠٠ ملغ كحدٍّ أقصى، بغض النظر عن الجرعة الأصغر. وبعد ذلك، يمكن زيادة الجرعة تدريجياً في خلال الأسابيع المتعددة التالية حتى الوصول إلى جرعة يومية أقصاها ٣ ملغ/كلغ أو ٢٠٠ ملغ، بغض النظر عن الجرعة الأصغر. أمّا بالنسبة إلى الكبار، وبعد المعايرة، يمكن إعطاء كامل الجرعة اليومية عند النوم للحدّ من الخدر النهاري. التبول الليلي اللاإرادي: ١٠ – ٣٠ ملغ/يوم		
ديزيبرامين Desipramine	نوربرامين Norpramin؛ بيرتوفران Pertofran	استعمالات مشابهة لاستعمالات الإيميبرامين الجانبية	**جرعة الكبار المعتادة:** ١٠٠ إلى ٢٠٠ ملغ/يوم. لدى المرضى الأكثر اعتلالاً، يمكن زيادة الجرعة تدريجياً إلى ٣٠٠ ملغ/يوم، عند الضرورة. لا يوصى بأخذ الجرعات التي تتخطى ٣٠٠ ملغ/يوم. **المراهقة والشيخوخة:** جرعة المراهقة والشيخوخة هي ٢٥ إلى ١٠٠ ملغ يومياً.	آثار جانبية مشابهة لآثار الإيميبرامين الجانبية	

يتبع

الجدول ١١–٢ أميتريبتيلين (تابع)

الدواء	الأسماء التجارية	الاستعمالات	الجرعات	الآثار الجانبية	ملاحظات
(تابع) ديزيبرامين			يجب البدء بالجرعات بمستويات خفيفة، ومن ثمّ تُزاد بحسب القدرة على التحمّل وبحسب الاستجابة السريرية، حتى الوصول إلى الجرعة القصوى المعتادة وهي ١٠٠ ملغ يومياً. لدى المرضى الأكثر اعتلالاً، يمكن زيادة الجرعة تدريجياً إلى ١٥٠ ملغ/يوم، عند الضرورة. لا يوصى بأخذ الجرعات التي تتخطى ١٥٠ ملغ/يوم في هذه الفئات العمرية.		
نورتريبتيلين Nortiptyline	أفينتيل Aventyl؛ باميلور Pamelor		**الكبار:** ٢٥ ملغ ٣ إلى ٤ مرات يومياً. يتم البدء بمستوًى منخفض، ومن ثمّ تُزاد الجرعة بحسب الضرورة. يمكن إعطاء كامل الجرعة اليومية وقت النوم. ولا يوصى بأخذ الجرعات التي تفوق الـ ١٥٠ ملغ/يوم. **المسنّون والمراهقون:** ٣٠ إلى ٥٠ ملغ يومياً تؤخذ على جرعات مقسّمة أو يمكن إعطاء كامل الجرعة اليومية دفعةً واحدة.	آثار جانبية مشابهة لآثار الإيميبرامين الجانبية	عند إعطاء جرعات تتخطى ١٠٠ ملغ/يوم، يجب مراقبة مستويات البلاسما من النورتريبتيلين والحفاظ عليها عند معدلٍ أمثل يتراوح بين ٥٠ و ١٥٠ نانوغرام/مل. **أعراض التوقّف عن الدواء:** على الرغم من أنّ هذه الأعراض لا تشير إلى الإدمان، إلا أنّ الإنقطاع المفاجئ عن العلاج بعد فترةٍ طويلةٍ منه قد يؤدي إلى الغثيان، والصداع، والتوعّك.

الجدول ١١–٣ أفلويوكزيتين

الدواء	الأسماء التجارية	الاستعمالات	الجرعات	الآثار الجانبية	ملاحظات
فلويوكزيتين Fluoxetine	بروزاك Prozac؛ فلويوكسين Fluoxone؛ أوكسيتين Oxetine؛ بروكسيتين Proxetin؛ فلويوسيم Fluocim	**اضطراب النهم العصبي (الاضطرابات الغذائية):** اضطرابات نفسية واضطرابات الوسواس القهري **اضطراب الذعر:** استعمالات غير مصنَّفة: اضطراب الضغط الناتج عن صدمة؛ ظاهرة رينو؛ اضطراب القلق العام؛ الهبات الساخنة؛ علاج الخط الثاني الوقائي لداء الشقيقة	قلق، أرق، نعاس، رجفة، إسهال، جفاف الفم، غثيان، وهن	يوصى بأخذ جرعة من ٢٠ ملغ/يوم عند الصباح، كجرعة أولية. ويجب عدم تخطي ٨٠ ملغ/يوم كحدٍّ أقصى. **الأطفال:** يتمّ بدء العلاج بجرعة من ١٠ إلى ٢٠ ملغ/يوم. بعد أسبوع يؤخذ ١٠ ملغ/يوم، تُزاد الجرعة إلى ٢٠ ملغ/يوم.	يُحذّر المرضى من الاستعمال المتزامن بين الفلويوكزيتين والأدوية غير الستيرودية المضادة للالتهابات، أو الأسبيرين، أو الأدوية الأخرى التي تؤثر على التخثّر، لأنَّ الاستعمال المتزامن بين الأدوية النفسية التأثير التي تتضارب مع استرجاع السيروتونين وهذه الأدوية يترافق مع خطر نزيف مرتفع.
سرترالين Sertraline	زولوفت Zoloft	استعمالات مشابهة لاستعمالات فلويوكزيتين Fluoxetine	آثار مشابهة لآثار فلويوكزيتين Fluoxetine	يؤخذ الدواء مرَّة واحدة يومياً عند الصباح أو المساء. بعد تقييم الحالة، يمكن زيادة الجرعة حتى ٢٠٠ ملغ/يوم (متوسّط الجرعة ٧٠ ملغ/يوم). **الأطفال والمراهقون:** يبدأ بجرعة من ٢٥ ملغ مرّة واحدة يومياً للأطفال من ٦ إلى ١٢ سنة؛ و٥٠ ملغ مرّة واحدة يومياً للمراهقين من ١٣ إلى ١٧ سنة. تُزاد الجرعات حتى ٢٠٠ ملغ/يوم كحدٍّ أقصى.	عند إيقاف العلاج: يوصى بالتخفيف التدريجي للجرعات متى كان ذلك ممكناً، بدلاً من الانقطاع المفاجئ عنه.
فلوفوكزانين Fluvoxanine	لوفوكس Luvox؛ فلوكسيفرال Floxyfral	استعمالات مشابهة لاستعمالات فلويوكزيتين Fluoxetine	آثار مشابهة لآثار فلويوكزيتين Fluoxetine	**الكبار:** **الجرعة الأولية:** جرعة واحدة يومياً من ٥٠ ملغ تؤخذ وقت النوم. تُزاد الجرعة بمقدار ٥٠ ملغ كل ٤ إلى ٧ أيام،	

يتبع

الجدول ١١–٣ أفلويوكزيتين (تابع)

الدواء	الأسماء التجارية	الاستعمالات	الجرعات	الآثار الجانبية	ملاحظات
(تابع) فلوفوكزانين				بحسب القدرة على التحمّل، حتى تحقيق الفائدة العلاجية القصوى (يجب عدم تخطي ٣٠٠ ملغ/يوم). يُنصح بتقسيم الجرعات اليومية التي يفوق مجموعها ١٠٠ ملغ على جرعتين ؛ إذا كانت الجرعتان غير متساويتين، تُعطى الجرعة الأكبر وقت النوم. **الأطفال (٨ إلى ١٧ سنة):** **الجرعة الأولية:** تؤخذ جرعة واحدة يومياً من ٢٥ ملغ وقت النوم. يجب ألا تتخطى الجرعة المعطاة للأطفال حتى ١١ سنة الـ ٢٠٠ ملغ/يوم كحدٍّ أقصى. أما التأثير العلاجي لدى الأطفال من الإناث يمكن تحقيقه بجرعات أقلّ. يمكن تعديل الجرعات لدى المراهقين (حتى الوصول إلى جرعة الراشدين القصوى التي تصل إلى ٣٠٠ ملغ) لتحقيق الفائدة العلاجية. تُزاد الجرعة بمقدار ٢٥ ملغ كل ٤ إلى ٧ أيام، بحسب القدرة على التحمّل، حتى تحقيق الفائدة العلاجية. تُقسَّم الجرعات اليومية التي يفوق مجموعها ٥٠ ملغ إلى جرعتين. إذا كانت الجرعتان غير متساويتين، تُعطى الجرعة الأكبر وقت النوم.	
باروكزيتين Paroxetine	ديروكسات Deroxat؛ باكسيل Paxil؛ بيكسيفا Pexeva	استعمالات مشابهة لاستعمالات فلويوكزيتين Fluoxetine	آثار مشابهة لآثار فلويوكزيتين Fluoxetine	**الجرعة الأساسية:** تؤخذ جرعة واحدة عند الصباح: ٢٠ ملغ/يوم مع الطعام أو من دونه. يمكن زيادة الجرعة بمقدار ١٠ ملغ/يوم، وتكون الفترة الزمنية الفاصلة بين تعديل الجرعات أسبوعاً على الأقل. الجرعة الموصى بها ٤٠ ملغ في/يوم؛ والمعدّل الطبيعي هو من ٢٠ إلى ٦٠	**إيقاف العلاج:** يوصى بالتخفيف التدريجي للجرعات متى كان ذلك ممكناً، بدلاً من الانقطاع المفاجئ عنه.

يتبع

الجدول ١١–٣ أفلويوكزيتين (تابع)

الدواء	الأسماء التجارية	الاستعمالات	الجرعات	الآثار الجانبية	ملاحظات
(تابع) باروكزيتين				ملغ/يوم. يجب عدم تخطي ٦٠ ملغ/يوم كحدٍّ أقصى. المسنون أو المصابون بالوهن أو المرضى الذين يعانون قصوراً حاداً في الكلى والكبد: الجرعة الأولية: ١٠ ملغ/يوم أو ١٢,٥ ملغ/يوم. يمكن زيادة الجرعات إذا وُصِف ذلك. ويجب عدم تخطي ٤٠ إلى ٥٠ ملغ/يوم كحدٍّ أقصى.	
فنلافاكسين Venlafaxine	أفيكسور Effexor	الاستعمالات نفسها لاستعمالات فلويوكزيتين Fluoxetine	قلق، دُوار، جفاف الفم، صداع، أرق، غثيان، قذف؟غير طبيعي، وهن، تعرّق، ارتفاع ضغط الدم، أحلام مزعجة، حكّة، خسارة الوزن، غشاوة النظر.	الجرعة الأوَّلية الموصى بها ٧٥ ملغ/يوم، تؤخذ على جرعتين أو ثلاث جرعات مع الطعام. بحسب القدرة على التحمّل والحاجة إلى المزيد من التأثير السريري، يمكن زيادة الجرعة إلى ١٥٠ ملغ/يوم. عند الحاجة، يمكن زيادة الجرعة إلى ٢٢٥ ملغ/يوم. عند زيادة الجرعة على دفعات، يمكن زيادتها بمقدار يصل مجموعه حتى ٧٥ ملغ/يوم، بحيث لا تقل الفترة الزمنية الفاصلة بين كل دفعة وأخرى عن ٤ أيام. عند المرضى غير المقيمين في المستشفى والذين يعانون اكتئاباً معتدلاً، لم يظهر أي دليل على فعالية الجرعات التي تفوق ٢٢٥ ملغ/يوم، غير أنَّ المرضى المقيمين في المستشفى والذين يعانون اكتئاباً حاداً استجابوا لجرعة متوسطة من ٣٥٠ ملغ/يوم. بالتالي، يمكن أن يستجيب بعض المرضى، بما في ذلك المرضى الذين يعانون اكتئاباً حاداً، للعلاج أكثر عند أخذهم جرعات أكبر تصل حتى ٣٧٥ ملغ/يوم كحدٍّ أقصى، تؤخذ عادة على ٣ جرعات مقسّمة.	**إيقاف الفنلافاكسين** يوصى بالتخفيف التدريجي للجرعات متى كان ذلك ممكناً، بدلاً من الانقطاع المفاجئ عنه.

الجدول ١١–٣ ديازيبام

الدواء	الأسماء التجارية	الاستعمالات	الآثار الجانبية	الجرعات	ملاحظات
ديازيبام Diazepam	فاليوم Valium؛ ديزاك Dizac؛ دياستات Diastat	**اضطرابات القلق:** التوقّف/ الانقطاع الحاد عن شرب الكحول: **مرخ عضلي:** **مضاد للتشنج:** يُستعمل كعلاج مصاحب في الاضطرابات التشنجية	نُعاس، تعب، رنح، تشوّش، إمساك، اكتئاب، شفع، عسر الكلام، صداع، هبوط الضغط، سلس البول، يرقان، تغيرات في الرغبة الجنسية، غثيان، تغيرات في إفراز اللعاب، طفح جلدي، كلام متداخل، رجفة، احتباس البول، دُوار، غشاوة النظر.	**بحسب حدّة الأعراض:** ٢ إلى ١٠ ملغ مرَّتين إلى ٤ مرّات في اليوم. **الأطفال:** ١ إلى ٢,٥ ملغ ٣ إلى ٤ مرّات في اليوم كبداية؛ ثمَ تُزاد الجرعة تدريجياً بحسب الحاجة والقدرة على التحمّل. يجب عدم استعماله للأطفال دون الـ٦ أشهر. **المرضى المسنّون أو عند وجود مرض موهن:** ٢ إلى ٢,٥ ملغ مرَّتين في اليوم كبدايةً؛ ثمّ تُزاد الجرعة تدريجياً بحسب الحاجة والقدرة على التحمّل.	**سوء استعمال الدواء والإدمان عليه:** يجب مراقبة عميلة التوقّف عن الدواء: عادةً، يجب تجنّب الانقطاع المفاجئ عن الدواء واتباع جدول تخفيضٍ تدريجي للجرعات.
لورازيبام Lorazepam	أتيفان Ativan؛ هافلان Havlane	**القلق:** **استعمالات غير مُصنَّفة:** تحسّن قصير الأجل للأرق المزمن	آثار جانبية مشابهة لآثار ديازيبام الجانبية	**الجرعة المعتادة:** ٢ إلى ٦ ملغ/يوم تُعطى على جرعات مُقسَّمة، بحيث تؤخذ الجرعة الأكبر قبل وقت النوم. يمكن أن تراوح الجرعة اليومية بين ١ إلى ١٠ ملغ/يوم. **القلق:** ٢ إلى ٣ ملغ/يوم سواء على شكل أقراص أو محلول، تُعطى مرَّتين أو ٣ مرَّات يومياً. **الأرق الناجم عن القلق أو الضغط المرحلي (المؤقت) العابر:** يمكن إعطاء جرعة يومية واحدة من ٢ إلى ٤ ملغ سواء على شكل أقراص أو محلول، تُعطى عادةً وقت النوم.	**المسنون أو المُصابون بالوهن:** يوصى بأخذ جرعة أولية من ١ إلى ٢ ملغ/يوم سواء على شكل أقراص أو محلول. تُقسّم الكمية على جرعات، ويمكن تعديل الجرعة بحسب الحاجة والقدرة على التحمّل. تُزاد جرعة لورازيبام تدريجياً عند الحاجة، للمساعدة في تخفيف ردات الفعل العكسية. عند وصف جرعات أكبر، تُزاد الجرعة المسائية قبل الجرعات النهارية.

يتبع

الجدول ١١–٣ ديازيبام (تابع)

الدواء	الأسماء التجارية	الاستعمالات	الآثار الجانبية	الجرعات	ملاحظات
نيترازيبام Nitrazepam	موغادون Mogadon	استعمالات مشابهة لاستعمالات ديازيبام	آثار جانبية مشابهة لآثار ديازيبام الجانبية	**الجرعة المعتادة للراشدين:** ٢,٥ ملغ إلى ١٠ ملغ، تؤخذ وقت النوم. **جرعة الأطفال (٣٠ كلغ أو أقلّ):** أي جرعة تراوح بين ٠,٣ و١ ملغ/كلغ، تؤخذ يومياً وتُقسّم على ثلاث جرعات.	ملاحظات مشابهة لملاحظات ديازيبام
كلورديازيبوكسيد Chlordiazepoxide	ليبريوم Librium؛ ليبريتاس Libritabs	**القلق:** **التوقّف عن شرب الكحول:** **استعمالات غير مُصنَّفة:** **السيطرة على متلازمة تهيّج الأمعاء**	آثار جانبية مشابهة لآثار ديازيبام الجانبية	**جرعة الكبار:** ١٥–١٠٠ ملغ/يوم. **للتوقّف عن شرب الكحول:** ٢٥–١٠٠ ملغ في حالة الاهتياج، والقلق، والرجفة في اليوم الأوّل. يمكن إعطاء جرعة تصل حتى ٤٠٠ ملغ مقسَّمة على جرعات، ثمّ البدء بتخفيف الجرعات تدريجياً بعد ٤ أيام.	
كلونازيبام Clonazepam	ريفوتريل Rivotril	**اضطرابات نوبات الصرع:** **اضطراب الذعر:** **استعمالات غير مصنّفة:** حركة دورية للأرجل أثناء النوم. اضطراب عسر الكلام الباركنسوني (الناتجة من تدني الفعالية). نوبات هوس حادة ناجمة عن الاضطراب العاطفي ثنائي القطب (الاكتئاب الدوري). اضطراب العرّات المتعدّد البؤر. علاج مُصاحب لعلاج الشيزوفرينيا. الآلام العصبية (متلازمة إزالة التدفعات الواردة).	آثار جانبية مشابهة لآثار ديازيبام الجانبية	**الكبار:** يجب ألا تتخطى الجرعة الأولية ١,٥ ملغ/يوم مقسّمة على ٣ جرعات. يمكن زيادة الجرعة بمقدار ٠,٥ إلى ١ ملغ كلّ ٣ أيام حتى تتم السيطرة على نوبات الصرع بشكلٍ مناسب أو حتى تمنع الآثار الجانبية أي زيادة إضافية. الجرعة اليومية القصوى الموصى بها هي ٢٠ ملغ. **الأطفال:** الجرعة الأولية للرضّع والأطفال (دون أو بعمر الـ ١٠ سنوات؛ أو بوزن ٣٠ كلغ): ٠,٠١ إلى ٠,٠٣ ملغ/كلغ/يوم؛ مع عدم تخطي ٠,٠٥ ملغ/كلغ/يوم، تُعطى على جرعتين أو ٣ جرعات. يجب ألا تُزاد الجرعة بأكثر من ٠,٢٥ إلى ٠,٥ ملغ كل ثلاثة أيام حتى الوصول إلى جرعة صيانة يومية من ٠,١ إلى ٠,٢ ملغ/كلغ من وزن الجسم،	تركزات المصل العلاجية للكلونازيبام هي من ٢٠ إلى ٨٠ نانوغرام/مل. بشكلٍ عام، يجب البدء بجرعاتٍ منخفضة من الكلونازيبام مع المرضى المسنين.

يتبع

الجدول ١١–٣ ديازيبام (تابع)

الدواء	الأسماء التجارية	الاستعمالات	الآثار الجانبية	الجرعات	ملاحظات
(تابع) كلونازيبام				إلا إذا تمت السيطرة على نوبات الصرع أو منعت الآثار الجانبية أي زيادة إضافية. عند الإمكان، يجب تقسيم الجرعة اليومية على ٣ جرعات متساوية. إذا لم تكن الجرعات متساوية، تُعطى الجرعة الأكبر قبل النوم.	
ألبرازولام Alprazolam	كزاناكس Xanax؛ نيرافام Niravam	استعمالات مشابهة لاستعمالات ديازيبام	آثار جانبية مشابهة لآثار ديازيبام الجانبية	**الجرعة الأولية:** ٠,٢٥ إلى ٠,٥ ملغ تؤخذ ٣ مرّات في اليوم. تُزاد الجرعة حتى الوصول إلى جرعة قصوى مجموعها ٤ ملغ/يوم تؤخذ على جرعات مُقسّمة إلى دفعات، بحيث تكون الفترة الزمنية الفاصلة بين كل دفعة وأخرى ٣ إلى ٤ أيام.	ملاحظات مشابهة لملاحظات ديازيبام
أوكزازيبام Oxazepam	سيراكس Serax	الاستعمالات نفسها لاستعمالات ديازيبام	آثار جانبية مشابهة لآثار ديازيبام الجانبية	**قلق خفيف إلى معتدل:** ١٠ إلى ١٥ ملغ، ٣ إلى ٤ مرّات يومياً. **أعراض القلق الحادّ، أو عندما يُعطى في حالات الإكتئاب:** ١٥ إلى ٣٠ ملغ، ٣ إلى ٤ مرّات يومياً.	لا يوصف للأطفال دون الـ ٦ سنوات. الجرعة المطلقة للأطفال من ٦ إلى ١٢ سنة غير مُحددة.
تريازولام Triazolam	هالسيونHalcion	استعمالات مشابهة لاستعمالات ديازيبام	آثار جانبية مشابهة لآثار ديازيبام الجانبية	الجرعة الموصى بها للراشدين: ١,١٢٥ – ٠,٢٥ ملغ قبل النوم. يجب عدم إعطاء جرعة الـ ٠,٥ ملغ إلا للمرضى الاستثنائيين الذين لا يستجيبون بشكلٍ مناسب للجرعة الأخفّ، ذلك أنَّ خطر ردات الفعل العكسية الحادة يزداد مع ازدياد حجم الجرعة المأخوذة.	ملاحظات مشابهة لملاحظات ديازيبام إضافة إلى ذلك: يجب عدم تخطى جرعة من ٠,٥ ملغ.

الجدول ١١–٤ ريسبيريدون

الدواء	الأسماء التجارية	الاستعمالات	الآثار الجانبية	الجرعات	ملاحظات
ريسبيريدون Risperidone	ريسبيردال Risperidal؛ ديبيا Depia	**الفصام/الشيزوفرينيا:** **الاكتئاب ثنائي القطب:** **سرعة الانفعال والغضب المرتبطة باضطراب التوحد**	دوار، أعراض خارج الهرمية، فرط الحركة، غثيان، نعاس، اهتياج، التهاب الأنف	**الجرعة الأولية المعتادة:** ١ ملغ مرّتين يومياً في البداية، مع زيادات بمقدار ١ ملغ مرَّتين يومياً في اليوم الثاني والثالث، بحسب القدرة على التحمّل، حتى الوصول إلى الجرعة الهدف من ٣ ملغ مرَّتين يومياً بحلول اليوم الثالث. بشكلٍ عام، يتحقّق التأثير الأقصى بمعدّل يراوح من ٤ إلى ٨ ملغ/يوم. **الهوس ثنائي القطب** (bipolar disorder): **الجرعة المعتادة:** يجب أن يؤخذ الريسبيريدون مرّة واحدة يومياً، بحيث يتمّ البدء بـ ٢ إلى ٣ ملغ/يوم. **سرعة الانفعال والغضب المرتبطة باضطراب التوحّد:** **الجرعة المعتادة:** ٠,٢٥ ملغ/يوم للمرضى دون الـ ٢٠ كلغ و٠,٥ ملغ/يوم للمرضى الذين يزنون ٢٠ كلغ أو أكثر.	لم يتمّ التثبّت من سلامة الريسبيريدون وفعاليته لدى الأطفال الذين يعانون الشيزوفرينيا. **الاستعمال لدى الأطفال:** لم يتمّ التثبّت من سلامة الريسبيريدون وفعاليته لدى الأطفال دون الـ ٥ سنوات، الذين يعانون **اضطراب التوحد**. **الجرعات لدى فئات خاصّة من المرضى:** الجرعة الأولية الموصى بها هي ٠,٥ ملغ مرّتين يومياً لدى المرضى المسنين، أو المصابين بالوهن، أو الذين يعانون قصوراً حاداً في الكلى والكبد، ولدى المرضى الذين إمَّا يكون لديهم استعداد لهبوط الضغط وإمّا يكون هبوط الضغط عامل خطر بتهددهم. يجب ألا يتخطى مقدار زيادة الجرعات لدى هؤلاء المرضى الـ ٠,٥ ملغ مرَّتين يومياً.

يتبع

الجدول ١١–٤ ريسبيريدون (تابع)

الدواء	الأسماء التجارية	الاستعمالات	الآثار الجانبية	الجرعات	ملاحظات
أولانزابين Olanzapine	زيبريكسا Zyprexa؛ سيمباكس Symbyax	استعمالات متشابهة لاستعمالات ريسبيريدون	زلز، دوار، اضطراب الشخصية، هبوط الضغط الوضعي، زيادة الوزن، جفاف الفم، حمّى، فقدان الذاكرة.	**الاضطراب ثنائي القطب:** **العلاج الأحادي:** الجرعة الأولية: ١٠ إلى ١٥ ملغ تؤخذ يومياً عن طريق الفم بغض النظر عن وجبات الطعام. يمكن تعديل الجرعات، إذا وُصف ذلك، بزيادتها أو تخفيفها بمقدار ٥ ملغ/يوم، بحيث لا تقل الفترات الزمنية الفاصلة بين التعديلات عن ٢٤ ساعة. **الاستمرار بالدواء:** جرعة من ٥ إلى ٢٠ ملغ/يوم **الفصام/ الشيزوفرينيا:** الجرعة الأولية: ١٠ إلى ١٥ ملغ تؤخذ يومياً عن طريق الفم بغض النظر عن وجبات الطعام، حتى الوصول إلى الجرعة الهدف من ١٠ ملغ/يوم في غضون عدّة أيام من بدء العلاج. يمكن تعديل الجرعات، إذا وُصف للشخص، بزيادتها أو تخفيفها بمقدار ٥ ملغ/يوم، بحيث لا تقل الفترات الزمنية الفاصلة بين التعديلات عن أسبوع واحد.	يوصى بجرعات من ١٠ ملغ/يوم فقط بعد الفحص السريري. لم يتمّ تقييم سلامة الجرعات التي تفوق الـ ٢٠ ملغ/يوم في تجارب سريرية. **الجرعات لدى فئات خاصّة من المرضى:** الجرعة الأولية هي ٥ ملغ لدى المرضى المصابين بالوهن أو الذين يكون لديهم استعداد لتفاعلات مثل هبوط الضغط.
كلوزابين Clozapine	كلوزاريل Clozaril؛ فازاكلو Fazaclo	**الشيزوفرينيا:** **سلوك انتحاري متكرّر (باستثناء الأقراص التي تتحلل عن طريق الفم):**	**القلب والجهاز الدوري:** تغيّرات في مخطط القلب الكهربائي، هبوط الضغط، تسارع بسيط في نبضات القلب **الجهاز العصبي المركزي:** دوار/إغماء، نعاس/خدر، نوبات صرعية.	**العلاج الأولي:** يتمّ البدء بجرعة من ١٢,٥ ملغ مرّة أو مرّتين يومياً. ويجب الاستمرار في أخذ الجرعات مع زيادتها يومياً بمقدار ٢٥ إلى ٥٠ ملغ/يوم، إذا تم تحمّلها بشكلٍ جيّد، للوصول إلى جرعة هدف من ٣٠٠ إلى ٤٥٠ ملغ/يوم مع انقضاء أسبوعين. أمّا الزيادات اللاحقة على الجرعات فيجب ألا تتمّ أكثر من مرّة أو مرّتين أسبوعياً، بحيث لا تتخطى الزيادات مقدار ١٠٠ ملغ. من الضروري اتباع برنامج تقسيمي للجرعات واعتماد الحذر أثناء	من الضروري اتباع برنامج تقسيمي للجرعات واعتماد الحذر أثناء المعايرة من أجل تقليص مخاطر هبوط الضغط، والنوبات المرضية، والخدر. **الجرعة القصوى:** يجب ألا تتخطى الجرعات ٩٠٠ ملغ/يوم. وبالنظر إلى الخطر الكبير للقلة

يتبع

الجدول ١١–٤ ريسبيريدون (تابع)

الدواء	الأسماء التجارية	الاستعمالات	الآثار الجانبية	الجرعات	ملاحظات
(تابع) كلوزابين			**الجهاز المعدي– المعوي:** غثيان/تقيّؤ، إمساك، جفاف الفم، غثيان/ إفراز اللعاب. قد يكون إفراز اللعاب غزيراً، ولا سيَّما أثناء النوم، ولكنْ، يمكن الحدّ منه عن طريق تخفيف الجرعات. **الدمّ:** القلة الخبِيثة **من** الكريات البِيض، نقص المحببات، نقص الكريات البيض **آثار متفرقة:** حمّى	المعايرة من أجل تقليص مخاطر هبوط الضغط، والنوبات المرضية، والخدر.	الخبِيثة للكريات البيْض والخَدر، وهما مسألتان تشكلان خطراً مستمراً مع مرور الوقت، من الطبيعي تجنب العلاج المطوّل عند المرضى الذين لا يظهرون مستوًى مقبولاً من الاستجابة السريرية. **وقف العلاج:** في حالة إيقاف علاج كلوزابين المُخطط ، يوصى بالتخفيف التدريجي على فترة أسبوع أو أسبوعين.
فلوبنتيكسول ديكانوات Flupenthixol Decanoate (علامة تجارية كندية)	فلوانكسول Fluanxol		آثار جانبية مشابهة لآثار الكلوبرومازين chlopromazine الجانبية + حساسية للضوء و التهاب الجلد التقشري، وأكزيما	يؤخذ فلوبنتيكسول بواسطة حقنة عميقة في العضل، يُحبّذ أن تكون في العضلة الكبرى. لا يُستعمل فلوبنتيكسول للحقن الوريدي. إنَّ المرضى الذين لم يخضعوا سابقاً لعلاج بأدوية الديبوت المضادة للذهان ذات المفعول الطويل الأمد يجب أن يُعطوا جرعة اختبارية أولية من ٥ ملغ (٠,٢٤ مل). وعادة ما يتمّ تحمل جرعة أولية من ٢٠ ملغ (١,٠ مل) بشكلٍ جيّد. ولكنْ، يوصى بجرعة اختبارية من ٥ ملغ (٠,٢٥ مل) للمرضى المسنين، والمصابين بالضعف والدنف، والمرضى الذين يوحي تاريخهم الشخصي أو العائلي	

يتبع

الجدول ١١–٤ ريسبيريدون (تابع)

الدواء	الأسماء التجارية	الاستعمالات	الآثار الجانبية	الجرعات	ملاحظات
(تابع) فلوبنتيكسول ديكانوات				باستعداد للتفاعلات خارج الهرمية. في الـ ٥ إلى ١٠ أيام اللاحقة، يجب رصد الاستجابة العلاجية وظهور الأعراض خارج الهرمية بشكلٍ جيّد. ويمكن متابعة الأدوية المضادة للذهان، التي تؤخذ عن طريق الفم، في هذه الفترة؛ ولكنْ، بجرعاتٍ أخف. أما المرضى الذين خضعوا سابقاً لعلاجٍ بأدوية الديبوت المضادة للذهان ذات المفعول الطويل الأمد، والذين أظهروا قدرة جيدة على تحمّل هذه الأدوية، فقد يكون من المناسب إعطاؤهم جرعة أولية من ٢٠ إلى ٤٠ ملغ (١,٠ إلى ٢,٠ مل).	
فلوفينازين ديكانوات Fluphenazine Decanoate	بروليكسين Prolixin		الآثار الجانبية نفسها لآثار الكلوبرومازين chlopromazine الجانبية + حساسية للضوء والتهاب الجلد التقشري، وأكزيما	**الجرعات:** يؤخذ عن طريق الحقن في العضل. معدّل الجرعة الابتدائية للمرضى الكبار هي حقنة في العضل من ١,٢٥ ملغ (٠,٥ مل). يمكن أن تراوح كمية كامل الجرعة اليومية الأولية من ٢,٥ إلى ١٠ ملغ، ويجب أن تُقسّم وتُعطى كلّ ٦ إلى ٨ ساعات. تؤخذ الجرعات التي تتخطى الـ ١٠ ملغ/يوم بحذر. وعندما تتم السيطرة على الأعراض، يمكن بشكلٍ عام البدء بالعلاج المستمرّ صيانة عن طريق الفم، يؤخذ غالباً في جرعة يومية واحدة.	
هالوبيريدول ديكانوات Haloperidol Decanoate	هالدول Haldol	**الاضطرابات الذهانية (الذهان):** للمرضى الذين يتطلبون علاجاً مطولاً مضاداً للذهان.	تسارع في نبضات القلب، هبوط الضغط، ارتفاع الضغط، الزلز، خلل التوتر العضلي، حركات عسيرة لاإرادية.	الفترة الزمنية الموصى بها للفصل بين الجرعات هي شهر واحد أو كل ٤ أسابيع. بغية تحديد الجرعة الفعالة الدنيا، يتم البدء بالجرعات الأولية الأخف ومن ثمّ تُزاد الجرعة بحسب الحاجة.	**أخذ الدواء:** يؤخذ الدواء بالحقن العميق في العضل. يوصى باستعمال إبرة من قياس ٢١– جوج. الحجم الأقصى

يتبع

الجدول ١١-٤ ريسبيريدون (تابع)

الدواء	الأسماء التجارية	الاستعمالات	الآثار الجانبية	الجرعات	ملاحظات
(تابع) هالوبيريدول ديكانوات			أرق، تململ، قلق، شعور بالنشاط والخفة، اهتياج، نعاس، اكتئاب، نوام، صداع، تشوّش، دوخة. جفاف الفم، غشاوة النظر، احتباس البول، تعرّق غزير، وقساح. تفاعلات جلدية مثل الطفح الجلدي الحطاطي الفقاعي، والطفح عدي الشكل، وحالات نادرة من الحساسية للضوء، وتساقط الشعر. إفراز الحليب، احتقان الثدي، ألم الثدي، عدم انتظام الدورة الشهرية، تثدّي الرجل، عجز جنسي، ازدياد الرغبة الجنسية، ارتفاع مستوى السكر في الدم. اضطراب فقدان الشهية، إمساك، إفراز مفرط للعاب، عسر الهضم، غثيان، تقيّؤ. نقص عابر في الكريات البيض، ازدياد الكريات البيض، يرقان، تشنج الحنجرة، تشنّج قصبي، ازدياد عمق التنفس.	**الجرعة الأولية:** يجب ألا تتخطى الجرعة الأولية ١٠٠ ملغ بغض النظر عن متطلبات الجرعات السابقة المضادة للذهان. إذا كان السيطرة على الحالة تتطلب أكثر من ١٠٠ ملغ من الهالوبيريدول ديكانوات كجرعة أولية، تؤخذ هذه الجرعة على حقنتين (ما أقصاه ١٠٠ ملغ في البداية يتبعها ما يوازي الكمية المطلوبة في غضون ٣ إلى ٧ أيام). **الاستمرار بأخذ الدواء:** تُحدّد الجرعة بحسب كلّ شخص، وتتمّ معايرتها زيادةً أو نقصاناً وفقاً للاستجابة العلاجية.	للحقنة الواحدة يجب ألاّ يتخطّى ٣ مل. لا يُستعمل هذا الدواء بالحقن الوريدي. **المسنون/المصابون بالوهن:** يوصى بأخذ جرعات أولية أخف والقيام بالمزيد من التعديلات التدريجية.

يتبع

الجدول ١١–٤ ريسبيريدون (تابع)

الدواء	الأسماء التجارية	الاستعمالات	الآثار الجانبية	الجرعات	ملاحظات
زوكلوبنتيكسول ديكانوات Zuclopenthixol Decanoate	كلوبيكسول ديبوت Clopixol Depot	**كلوبيكسول ديبوت:** زوكلوبنتيكسول ديكانوات هو دواء مُصمّم للاستمرار في أخذ الدواء للفصام/ الشيزوفرينيا المزمنة لدى المرضى الذين استقرّت حالتهم من خلال الأدوية التي تؤخذ عن طريق الفم أو من خلال الأدوية ذات المفعول القصير الأجل، والذين يمكن أن يستفيدوا من العلاج الذي يؤخذ عن طريق الحقن والذي يتمتع بمفعول طويل الأمد.	آثار جانبية مشابهة لآثار هالوبيريدول ديكانوات الجانبية	جرعة الاستمرار بأخذ الدواء المعتادة هي حقنة عضلية من ١٥٠ إلى ٣٠٠ ملغ، كلّ أسبوعين إلى ٤ أسابيع. بعض المرضى قد يحتاج إلى جرعات أكبر أو أخف، أو فترات زمنية أقصر بين الجرعات.	

الجدول ١١–٤ الليثيوم

الدواء	الأسماء التجارية	الاستعمالات	الجرعات	الآثار الجانبية	ملاحظات
كاربونات الليثيوم Lithium Carbonate	كامكوليت Camcolite؛ تيراليت Téralite	**الاضطراب الثنائيّ القطب: استعمالات غير مُصنّفة:** حسّنت كاربونات الليثيوم (٣٠٠ إلى ١٠٠٠ ملغ/ يوم) مستوى عدد الخلايا العَدِلة لدى مرضى السرطان الذين يعانون قلة العَدِلات الناجمة عن العلاج الكيميائي، ولدى الأطفال الذين يعانون قلة العَدِلات المزمنة، ولدى مرضى الإيدز الذي يتلقّون الزيدوفيدين zidovudine . كذلك، استُعمل الليثيوم بنجاح في العلاج الوقائي من الصداع العنقودي، وتوتّر ما قبل الحيض، والنهم والاضطرابات الغذائية، الإدمان على الكحول	تُعطى الجرعات بحسب مستويات المصل والاستجابة السريرية لكلّ فردٍ على حدة. يتمّ التوصّل إلى **الاستجابة المثلى عند المريض** والمحافظة عليها بجرعة من ٦٠٠ ملغ تؤخذ ٣ مرّات يومياً أو بجرعة من ٩٠٠ ملغ تؤخذ مرَّتين في اليوم. **الاستعمال على المدى الطويل:** ٩٠٠ إلى ١٢٠٠ ملغ يومياً تؤخذ على جرعات مقسّمة.	**القلب والجهاز الدوري(الدموي):** عدم انتظام نبضات القلب، هبوط الضغط، الانهيار الدوراني المحيطي، بطء نبضات القلب، أمراض الجيب الأذيني مصحوبة ببطء حاد في نبضات القلب (الأمر الذي قد يؤدّي إلى الإغماء) **الجهاز العصبي المركزي** حالات فقدان الوعي، نوبات صرعية الشكل، كلام متداخل، دوار، دوخة، سلس البول أو الغائط، نعاس، تأخّر حركي نفسي، تململ، تشوّش، ذهول، غيبوبة، خلل وتوتر عضلي حاد، رأرأة سفلية، عرّات، طنين (الأذن)، هلوسات، ضعف في الذاكرة، عمل فكري متباطئ، استجابة جفلة، تفاقم المتلازمات الدماغية العضوية، وهن عضلي وخيم (نادر)، غشاوة النظر، جفاف الفم، العجز الجنسي/اختلال الوظيفة الجنسية، **تضخم** الغدة الدرقية أو قصور (خمول) الغدة الدرقية، اضطراب فقدان الشهية، غثيان، تقيّؤ، إسهال، التهاب المعدة، تضخم الغدة اللعابية، ألم في البطن، إفراز مفرط للّعاب، التطبّل، عسر الهضم، ارتفاع عابر لمستوى السكر في الدم، زيادة مفرطة في الوزن، تورّم وذمي في الكاحلين والمعصمين، طعم معدني في الفم.	معدّلات المصل المحبّذة هي ٠,٦ إلى ١,٢ ميللي مكافئ/ليتر. **الأدوية غير الستيرودية المضادة للالتهابات:** عند استعمالها مع الليثيوم يمكن أن تؤدي إلى سمية الليثيوم.
فالبروات الصوديوم Sodium Valproate	ديباكين Depakine	**النوبات الجزئية المركبة نوبات الغفوة الصرعية البسيطة والمركبة: استعمالات غير مصنّفة:** علاج فعّال سواء استُعمل	**النوبات الجزئية المركبة: علاج أحادي (العلاج الأولي):** يتمّ البدء بالعلاج بجرعة من	تسارع في نبضات القلب، ارتفاع الضغط، خفقان القلب بسرعة وبقوة (الوجيب)، قلق، تشوّش، مشية غير طبيعية، تشوّش الحس، زيادة التوتر العضلي، عدم التناسق. أحلام مزعجة، اضطراب الشخصية، طفح جلدي، حكة،	معدّل مستويات البلازما العلاجية (٥٠ إلى ١٠٠ مكغ/مل) لا يمكن إعطاء توصيات في

يتبع

الجدول ١١–٤ الليثيوم (تابع)

الدواء	الأسماء التجارية	الاستعمالات	الجرعات	الآثار الجانبية	ملاحظات
(تابع) فالبروات الصوديوم		وحده أو بالتزامن مع علاج نوبات الغفوة الصرعية، ونوبات الارتجاج العضلي، ونوبات الصرع الكبرى.	١٠ إلى ١٥ ملغ/كلغ/يوم. بعد ذلك، يجب زيادة الجرعة بمعدّل ٥ إلى ١٠ ملغ/كلغ/أسبوع لتحقيق الاستجابة السريرية المُثلى.	جفاف البشرة، ازدياد الشهية، تطبّل، قيء دموي، تجشؤ، التهاب البنكرياس، خُراج دواعم السن. سلس البول، التهاب المهبل، عسر الطمث، انقطاع الطمث، تكرار التبوّل. ألم في العضلات (الميالجيا)، ارتجاف، ألم المفاصل، تشنج الأرجل، وهن عضلي. التهاب الجيوب الأنفية، زيادة السعال، ذات الرئة، الرعاف. ألم الظهر، ألم الصدر، توعّك. تغيّر الطعم في الفم، قصور في النظر، صمم، التهاب الأذن الوسطى. **أيضية/غذائية:** ارتفاع أنزيم الكبد أسبرتات أمينوترانسفيراز (AST)؛ ارتفاع أنزيم الكبد آلانين أمينوترانسفيراز (ALT)	ما يتعلّق بسلامة استعمال الفالبروات بجرعات تفوق ٦٠ ملغ/كغ/يوم.
كاربامازيبين Carbamazepine	تيغريتول Tegretol؛ أيبيتول Epitol؛ إكويرتو Equetro؛ كارباترولCarbatrol	**اضطراب الهوس الثنائي القطب (الاكتئاب الدوري)؛** **الصرع؛** **ألم العصب مثلث التوائم؛** **استعمالات مصنّفة:** متلازمة تململ الساقين؛ مصاحب لبعض الأعراض المرتبطة باضطراب الشخصية البينية (الحدية)؛	يجب أن تؤخذ الجرعات مع وجبات الطعام. الجرعة الأولية الموصى بها هي ٤٠٠ ملغ/يوم تُعطى على جرعات مُقسّمة مرّتين في اليوم. يجب تعديل الجرعة بزيادتها يومياً بمقدار ٢٠٠ ملغ لتحقيق الاستجابة السريرية المُثلى. لم تخضع الجرعات التي تفوق ١٦٠٠ ملغ/يوم للدراسة.	تضخم الغدة اللمفاوية، اعتلال الغدة اللمفاوية، تفاقم مرض الشرايين التاجية، تفاقم ارتفاع الضغط، اللانظاميات القلبية، حركات لاإرادية غير طبيعية، غشاوة النظر، تشوّش، اكتئاب مصحوب باهتياج، اضطرابات التناسق، دوار، نعاس، تعب، صداع، فرط حسّ السمع، رأرأة، اضطرابات حركية العين، التهاب الأعصاب المحيطية، اضطرابات تشوش الحس، اضطرابات في الكلام، طنين، شفع عابر، هلوسات بصرية. وقد أفيد أيضاً عن حدوث حالات شلل، واضطراب فقدان الشهية، إمساك، وإسهال، واضطراب المعدة، وألم في البطن، وغثيان، والتهاب البنكرياس، وتقيّوء،	**الأطفال دون الـ ١٢ سنة:** تتحقّق الاستجابة السريرية المُثلى بأخذ جرعات يومية دون الـ ٣٥ ملغ/كلغ. لا يمكن قياس سلامة استعمال الكاربامازيبين بجرعات تفوق الـ ٣٥ ملغ/كلغ كل ٢٤ ساعة.

يتبع

الجدول ١١–٤ الليثيوم (تابع)

الدواء	الأسماء التجارية	الاستعمالات	الجرعات	الآثار الجانبية	ملاحظات
(تابع) كاربامازيبين		بديل للبنزوديازيبين benzodiazepines في السيطرة على أعراض التوقّف عن شرب الكحول؛ مصاحب لعلاج الشيزوفرينيا/الفصام؛ علاج للألَم العصبِي التالي للهِربِس.		وجفاف الفم والحنجرة، بما في ذلك التهاب اللسان، والتهاب أنسجة الفم. وقد سُجلت أيضاً حالات من التهاب البنكرياس، واختلالات في وظيفة الكبِد، ويرقان ركود الصفراء، و يرقان خلوي كَبِدي، والتهاب الكبد، وعتامة عدسية قشرية شبيهَة بالنقاط المتفرقة، بالإضافة إلى التهاب الملتحمة؛كذلك حساسية رئوية مفرطة تتميّز بضيق التنفس، أو الحمّى، أو التهاب الرئة، أو ذات الرئة.	

الجدول ١١–٥ فينوباربيتون

الدواء	الأسماء التجارية	الاستعمالات	الجرعات	الآثار الجانبية	ملاحظات
فينوباربيتال	غاردينال Gardenal؛ لومينال Luminal	**خدر:** مضاد للتشنج	**الكبار:** **التسكين النهاري:** ٣٠ إلى ١٢٠ ملغ يومياً تؤخذ على جرعتين أو ٣ جرعات مقسّمة. **منوِّم يؤخذ عن طريق الفم:** ١٠٠ إلى ٢٠٠ ملغ. بشكلٍ عام، يجب عدم أخذ أكثر من ٤٠٠ ملغ من الفينوباربيتال في خلال ٢٤ ساعة. **مضاد للتشنج للكبار:** ٦٠ إلى ٢٠٠ ملغ/يوم. **الأطفال:** ٣ إلى ٦ ملغ/كلغ/يوم.	**الجهاز العصبي المركزي:** أثر التخدير المتبقي أو «صداع الخمور»، نعاس، نوام، دوخة. سرعة الغضب والانفعال وفرط النشاط يمكن أن تبرز لدى الأطفال. **الجلد:** قد يؤدي الفينوباربيتال في حالاتٍ نادرة إلى التهاب الجلد التقشري (مثلاً: متَلازمة ستيفنز–جونسون وانحلال البشرة النخري السمي) الذي قد يكون مميتاً. وقد يترافق الطفح الجلدي مع الحُمّى، والهذيان، وتغيّرات تنكسية ملحوظة في الكبد وأعضاء متنِية أخرى. **الحساسية المفرطة:** **التنفس:** ضعف التنفس، انقطاع النفس، انهيار الجهاز الدوراني. **آثار متفرّقة:** غثيان، تقيّؤ، صداع، تليّن العظام. وفي حالات قليلة	**سوء استعمال الدواء والإدمان عليه:** إنَّ الاستعمال المطوّل وغير المنقطع للباربيتورات (الأدوية ذات المفعول قصير الأجل بشكلٍ خاصّ)، حتى في جرعات علاجية، قد يؤدي إلى إدمان نفسي وجسدي. أمّا أعراض التوقف الناجمة عن الإدمان الجسدي إثر الاستعمال المزمن لجرعات كبيرة من الباربيتورات فتشمل الهذيان، والتشنجات، والوفاة. يمكن أن تؤدي الباربيتورات إلى تكوّن العادات. أمّا تحمّل الدواء، والإدمان النفسي والجسدي عليه فهي أمور قد تحدث بعد الاستعمال المطوّل لجرعات عالية من الباربيتورات بشكلٍ خاص. يجب تحديد مستوى مضادات التشنج العلاجية من الفينوباربيتال في المصل. عند الأطفال والرضّع، يؤدي الفينوباربيتال بجرعات تحميل من ١٥ إلى ٢٠ ملغ/كلغ إلى مستويات من الدم تصل تقريباً إلى نحو ٢٠ مكغ/مل، تُسجَّل بعد فترة قصيرة من تناول الدواء.

يتبع

الجدول ١١–٥ فينوباربيتون (تابع)

الدواء	الأسماء التجارية	الاستعمالات	الجرعات	الآثار الجانبية	ملاحظات
(تابع) فينوباربيتال				فإن فقر الدم الضخم الأرومات يرافق الاستعمال المزمن للفينوباربيتال.	
بريميدون Primidone	ميزولين Mysoline	**النوبات:** **استعمالات غير مصنَّفة:** رعشة عائلية (وراثية) حميدة (رعشة اليد الأولية، ٧٥٠ ملغ/يوم)	**الكبار والأطفال (٨ سنوات وأكثر):** من اليوم ١ إلى اليوم ٣: ١٠٠ إلى ١٢٥ ملغ وقت النوم. من اليوم ٤ إلى اليوم ٦: ١٠٠ إلى ١٢٥ ملغ مرّتين في اليوم (صباحاً ومساءً)؛ من اليوم ٧ إلى اليوم ٩: ١٠٠ إلى ١٢٥ ٣ مرّات يومياً (صباحاً، وظهراً، ومساءً). **جرعة استمرار الدواء المعتادة:** جرعة من ٢٥٠ ملغ ٣ أو ٤ مرات يومياً. عند الضرورة، يمكن زيادة الجرعة إلى ٥ أو ٦ أقراص (٢٥٠ ملغ) يومياً. ولكن، يجب ألا تتخطى الجرعات اليومية ٥٠٠ ملغ ٤ مرّات يومياً. **الأطفال دون الـ٨ سنوات:** من اليوم ١ إلى اليوم ٣: ٥٠ ملغ وقت النوم؛ من اليوم ٤ إلى اليوم ٦: ٥٠ ملغ مرّتين يومياً؛ من اليوم ٧ إلى اليوم	الآثار الجانبية المبكرة هي الرنح والدوخة. تميل هذه الأخيرة إلى الاختفاء مع متابعة العلاج، أو مع تخفيف الجرعة الأولية. وقد سُجّلت الحالات الآتية في بعض الأحيان: الغثيان، اضطراب فقدان الشهية، التقيّؤ، التعب، سرعة الغضب والانفعال المفرطة، الاضطرابات العاطفية، العجز الجنسي، الشفع، الطفح الجلدي الحصبي الشكل. ونادراً ما تسجل وقوع حالات مثل قلة الحببات، والقلة الخَبيثة من الكريات البيض، ونقص التنسّج، وعدم تنسّج كريات الدم الحمراء. إنَّ مثل هذه الآثار الجانبية، بالإضافة إلى ظهور آثار جانبية أخرى أحياناً، دائمة أو حادة؛ يمكن أن تستدعي التوقّف عن الدواء. كذلك، قد يبرز فقر الدم الضخم	يجب أن تُعطى الجرعات بحسب كل شخص لتحقيق الفائدة القصوى من العلاج. قد يكون من الضروري في بعض الحالات، تحديد مستويات مصل الدم من البريميدون للتوصّل إلى تعديل الجرعات الأمثل. ومستوى المصل الفعال سريرياً للبريميدون هو ٥ إلى ١٢ مكغ/مل. **المتابعة والمراقبة:** بالنظر إلى أنَّ علاج البريميدون يمتد على فترات طويلة بشكل عام، يجب إجراء تحليل كامل للدم (صورة الدم الكاملة) بالإضافة إلى تحليل تعاقبي متعدد كل ٦ أشهر.

يتبع

الجدول ١١–٥ فينوباربيتون (تابع)

الدواء	الأسماء التجارية	الاستعمالات	الجرعات	الآثار الجانبية	ملاحظات
(تابع) بريميدون			٩: ١٠٠ ملغ مرّتين يومياً؛ ١٢٥ ملغ ٣ مرّات يومياً إلى ٢٥٠ ملغ ٣ مرّات يومياً. **جرعة استمرار الدواء المعتادة:** 125 إلى 250 ملغ 3 مرّات يومياً أو 10 إلى 25 ملغ/كلغ/يوم تؤخذ على جرعات مُقسّمة.	الأرومات كحساسية ذاتية مفرطة نادرة للبريميدون ومضادات تشنّج أخرى. ويستجيب فقر الدم لحمض الفوليك من دون الحاجة إلى وقف الدواء.	
فينيتوين Phenytoin	أيبانوتين Epanutin؛ ديلانتين Dilantin؛ إيبيلان د Epilan D	**نوبات:** **استعمالات غير مصنَّفة:** يُستعمل كمضاد لاضطراب انتظام نبضات القلب، ولا سيّما في اللانظاميات الناجمة عن الغلوكوزيد القلبي. (جرعة التحميل التي تؤخذ عن طريق الفم = ١٤ ملغ/كلغ؛ جرعة استمرار أخذ الدواء عن طريق الفم = ٢٠٠ إلى ٤٠٠ ملغ/يوم. جرعة التحميل عبر الوريد = ٥٠ ملغ كل ٥ دقائق إلى كامل جرعة من ١ غ؛ جرعة استمرار الدواء عبر الوريد = ٢٠٠ إلى ٤٠٠ ملغ/يوم). إنَّ تأثيرات الفينيتوين على الحركية الدوائية، والفسيولوجية الكهربائية،	يجب أن تُعطى الجرعات بحسب كل شخص لتحقيق الفائدة القصوى من العلاج. **جرعة الراشدين:** ١٠٠ ملغ ٣ مرّات يومياً، ثمّ تُعدّل الجرعة لتتناسب مع حاجات كل شخص. جرعة استمرار أخذ الدواء هي كبسولة واحدة ٣ إلى ٤ مرّات في اليوم. وعند الضرورة، يمكن زيادة الكبسولات حتى كبسولتين ٣ مرّات في اليوم. **الأطفال** في البداية، ٥ ملغ/كلغ/يوم، تؤخذ على جرعتين أو ٣ جرعات مُقسّمة بالتساوي. ثمّ تُعدّل الجرعات لاحقاً حسب	رأرأة؛ رنح؛ عسر الكلام، كلام متداخل؛ تشوّش ذهني؛ دوار؛ أرق؛ عصبية عابرة؛ ارتجاف حركي؛ شفع؛ تعب؛ سرعة الغضب والانفعال؛ نعاس؛ اكتئاب؛ خدر؛ رجفة؛ صداع. **الجلد:** شملت الأعراض التي ترافقت الحمّى أحياناً أشكالاً من الطفح الجلدي القرمزي الشكل، والحصبي الشكل، والحطاطي الفقاعي الشكل، والشروي. والطفح الجلدي الحصبي الشكل هو الأكثر شيوعاً. والطفح الجلدي هو أكثر	مستوى المصل الفعال سريرياً للبريميدون هو ٥ إلى ١٢ مكغ/مل. **التوقف المفاجئ:** إنَّ التوقّف المفاجئ عند مرضى الصرع يمكن أن يولّد حالة صرعية. يجب تخفيف الجرعة، ومن ثمّ التوقف عن الدواء أو استبداله تدريجياً بأدوية مضادة للتشنج.

يتبع

الجدول ١١–٥ فينوباربيتون (تابع)

الدواء	الأسماء التجارية	الاستعمالات	الجرعات	الآثار الجانبية	ملاحظات
(تابع) فينيتوين		ومخطط القلب الكهربائي ملخّصة في الدراسة الخاصة بمضادات اضطراب انتظام نبضات القلب. استُعمل الفينيتوين كبديلٍ لكبريتات الماغنيسيوم في حالات مقدمة الارتعاج الحادة (١٥ ملغ/كلغ عبر الوريد، يُعطى ١٠ ملغ/كلغ منها في البداية، ثمّ ٥ ملغ/كلغ بعد ساعتين). واستُعمل الفينيتوين أيضاً في علاج ألم العصب مثلث التوائم، وانحلال الجلد الفقاعي العميق المتنحي، وانحلال الجلد الفقاعي المتصل.	كل شخص للوصول حتى ٣٠٠ ملغ يومياً كحدٍّ أقصى. جرعة استمرار الدواء اليومية الموصى بها عادةً هي ٤ إلى ٨ ملغ/كلغ. الأطفال ما فوق الـ ٦ سنوات والمراهقون قد يحتاجون إلى جرعة الكبار الدنيا (٣٠٠ ملغ/يوم).	شيوعاً لدى الأطفال والراشدين الشباب. ومن الآثار الجانبية أيضاً السكري الكاذب؛ وارتفاع مستوى السكر في الدم؛ والغثيان؛ والتقيّؤ؛ والإسهال؛ والإمساك. قد يساعد أخذ الدواء مع وجبات الطعام أو مباشرةً بعدها في منع اضطراب الجهاز المِعدي–المِعَوي. **فرط تنسّج اللثة:** يمكن الحدّ من هذه الحالة عن طريق النظافة الفموية الجيّدة، بما في ذلك التدليك بالعلكة، والتنظيف المتكرّر للأسنان، ورعاية الأسنان المناسبة. من الآثار الجانبية أيضاً التهاب الكبد، واليرقان، والكلاء. وتشمل مضاعفات تكوين الدم (التي يكون بعضها مميتاً) نقص الصفيحات، ونقص الكريات البيض، ونقص	

يتبع

الجدول ١١–٥ فينوباربيتون (تابع)

الدواء	الأسماء التجارية	الاستعمالات	الجرعات	الآثار الجانبية	ملاحظات
(تابع) فينيتوين				المحببات، والقلة الخبيثة للكريات البيض، ونقص الخلايا الدموية الشامل. وعادةً ما يستجيب داء الكريات الضخمة وفقر الدم ضخم الأرومات لعلاج حمض الفوليك. ونجد كذلك من الآثار الجانبية كثرة الأيوزينيات، وداء الوحيدات، وكثرة كريات الدم البيضاء، وفقر الدمّ العادي، وفقر الدم الإنحلالي، وفقر الدم اللاتنسجي، والكدمات.	
فالبروات الصوديوم Sodium Valproate	ديباكاين Depakine؛ ديباكوت Depakote	مثل الجدول ١١–٤			
كاربامازيبين Carbamazepine	مثل الجدول ١١–٤				

الجدول ١١–٦ بروبانالول

الدواء	الأسماء التجارية	الاستعمالات	الآثار الجانبية	الجرعات	ملاحظات
بروبرانولول Propranolol	إينديرال Inderal؛ إينوبران Innopran؛ إينديرايد Inderide	**ارتفاع الضغط: الذبحة الصدرية الناجمة عن تصلّب الشرايين التاجية: داء الشقيقة:** التضيّق الضخامي في الصمام الأورطي : علاج الذبحة الإجهادية، والأشكال الأخرى من الذبحة الناجمة عن الضغط، وخفقان القلب بسرعة وبقوة (الوجيب)؛ والإغماء.	معظم ردات الفعل العكسية كانت التهاب البلعوم أو الحلق، والقلة الخبِيثة **من** الكريات البيض الخفيفة إلى العابرة؛ والطفح الحمامي؛ والحُمّى المصحوبة بألم وتقرّح في الحنجرة؛ وتشنّج الحنجرة؛ وضيق التنفس؛ بطء نبضات القلب؛ وفشل القلب الاحتقاني. كذلك ظهرت الدوخة، والاكتئاب النفسي، من خلال الأرق، والكسل، والضعف، والتعب. غثيان، تقيّؤ، ضيق شرسوفي؛ تشنجات في البطن، إسهال، إمساك، خثار الشريان المساريقي، التهاب القولونِ الإقفاري، القلة الخبِيثة **من** الكريات البِيض، فرفرية غير قليلة الصفيحات، فرفرية قليلة الصفيحات. التشنّج القصبي، الثعلبة، التفاعلات الجلدية الشبيهة بالذئبة الحمراء، الطفح الصدافي الشكل، جفاف العينين، العجز الجنسي عند الرجال.	**رعشة اليد الأولية:** الجرعة الأولية هي ٤٠ ملغ مرّتين يومياً. يتمّ التوصّل إلى الحدّ الأمثل من رعشة اليد الأولية بجرعةٍ من ١٢٠ ملغ/يوم. قد يكون من الضروري أحياناً تناول ٢٤٠ إلى ٣٢٠ ملغ/يوم. **داء الشقيقة:** الجرعة الأساسية عن طريق الفم ٨٠ ملغ يومياً تؤخذ على جرعات مقسّمة. معدّل الجرعة الفعّالة المعتادة هو ١٦٠ إلى ٢٤٠ ملغ/يوم. ويمكن زيادة الجرعة تدريجياً لتحقيق الفعالية المثلى للمضاد الوقائي لداء الشقيقة. إذا لم يتم الحصول على استجابة مُرضِية في غضون ٤ إلى ٦ أسابيع بعد الوصول إلى الجرعة القصوى، يجب وقف علاج بروبرانولول. **التضيّق الضخامي في الصمام الأورطي**: ٢٠ إلى ٤٠ ملغ ٣ أو ٤ مرّات يومياً قبل وجبات الطعام وعند وقت النوم.	قد يُنصح بالتوقّف عن الدواء تدريجياً على فترة زمنية تمتدّ لأسابيع متعدّدة.

يتبع

الجدول ١١–٦ بروبانالول (تابع)

الدواء	الأسماء التجارية	الاستعمالات	الآثار الجانبية	الجرعات	ملاحظات
بروسيكليدين Procyclidine	كيمادرين Kemadrin	**الباركنسونية:** **الاضطرابات خارج الهرمية:**	**تأثيرات مضادات الكولين** يمكن أن تنتج تأثيرات مضادات الكولين من الجرعات العلاجية، على الرغم من أنَّه غالباً ما يمكن تخفيف هذه الجرعات أو الحدّ منها عن طريق التعديل الحذر للجرعات. وهي تشمل جفاف الفم، توسّع الحدقة، غشاوة النظر، الدوار، الدوخة، الاضطرابات المعوية المعدية مثل الغثيان، والتقيّؤ، والضيق الشرسوفي، والإمساك. أحياناً، قد تحدث تفاعلات جلدية مثل الطفح الجلدي. كذلك، قد يبرز شعور بضعف عضلي، ويحدث التهاب قيحي حاد في الغدة النكافية كمضاعفة لجفاف الفم.	**للباركنسون:** العلاج الأولي هو جرعة من ٢٫٥ ملغ تؤخذ ٣ مرّات يومياً بعد وجبات الطعام. تُزاد الجرعة تدريجياً إلى ٥ ملغ تؤخذ ٣ مرّات في اليوم؛ وأحياناً، ٥ ملغ أخرى تُعطى قبل النوم. **للأعراض خارج الهرمية الناجمة عن الدواء:** يتم البدء بأخذ ٢٫٥ ملغ ٣ مرّات يومياً. ويمكن أن تُزاد هذه الجرعة بمقدار ٢٫٥ ملغ يومياً حتى يتخلّص المرضى من الأعراض. في معظم الحالات، سيتم الحصول على نتائج ممتازة بجرعة من ١٠ إلى ٢٠ ملغ يومياً.	
بنزكسول Benzhexol Trihexyphenidyl	أرتان Artane	**الاضطرابات خارج الهرمية:** **الباركنسونية**	آثار جانبية طفيفة مثل جفاف الفم، غشاوة النظر، دوار، غثيان خفيف أو عصبية خفيفة. حالات نادرة من الالتهاب القيحي في الغدة النكافية تظهر كنتيجة لفرط الجفاف	يجب أن تُعطى الجرعات بحسب كل شخص. ويجب أن تكون الجرعة الأولية خفيفة، ومن ثمّ تُزاد تدريجياً. **الباركنسونية مجهولة السبب:** العلاج الأول: ١ ملغ في اليوم الأول. ثمّ تزاد الجرعة بمقدار ٢ ملغ كل ٣ إلى ٥ أيام، حتى الوصول إلى جرعة مجموعها ٦ إلى ١٠ ملغ	يمكن تقسيم الجرعات الكبيرة (التي تفوق ١٠ ملغ يومياً) إلى ٤ أقسام، تؤخذ ٣ جرعات منها مع وجبات الطعام، والجرعة المتبقية وقت النوم.

يتبع

الجدول ١١–٦ بروبانالول (تابع)

الدواء	الأسماء التجارية	الاستعمالات	الآثار الجانبية	الجرعات	ملاحظات
(تابع) بنزكسول			في الفم، والطفح الجلدي، وتمدّد القولون، والعلـوص الشللي، وبعض الأعراض النفسية مثل التوهّمات والهلوسات. أمَّا المرضى المصابون بتصلّب الشرايين أو الذين لهم تاريخ من الحساسية الذاتية على أدوية أخرى فقد يظهرون تفاعلات مثل التشوّش الذهني، أو الاهتياج، أو السلوك المضطرب، أو الغثيان والتقيّؤ.	تُعطى يومياً. **الباركنسونية الناجمة عن الدواء:** يجب تحديد الجرعة تجريبياً. عادةً، تراوح الجرعة اليومية الكاملة بين ٥ و١٥ ملغ، على الرغم من أنَّه قد تمّت في بعض الحالات السيطرة على التفاعلات بصورةٍ مُرضِية بجرعةٍ لا تتعدّى ١ ملغ يومياً.	**المسنّون:** غالباً ما تتطوّر لدى المرضى في مرحلة الشيخوخة، وخصوصاً المرضى ما فوق الـ ٦٠ من العمر، حساسية متزايدة على مفاعيل الأدوية من هذا النوع؛ بالتالي، هم يحتاجون إلى تنظيم صارم للجرعات.
بنزتروبين Trihexyphenidyl	كوجينتين Cogentin	**الاضطرابات خارج الهرمية:** **الباركنسونية:** يُستعمل كدواء مصاحب في علاج كل أشكال الباركنسونية.	**القلب والجهاز الدوري:** تسارع نبضات القلب **الجهاز العصبي المركزي:** الذهان السام (بما في ذلك، التشوّش، الضياع الزماني–المكاني، خلل في الذاكرة، الهلوسات البصرية)، استفحال الأعراض الذهانية السابقة الوجود، العصبية، الاكتئاب، فتور الهمّة، خدر الأصابع. **الجهاز المعدي– المعوي:** العلـوص الشللي، الإمساك، التقيّؤ، الغثيان، جفاف الفم. **الجهاز البولي التناسلي:**	**باركنسونية غير معروفة السبب والتالية لالتهاب الدماغ:** الجرعة اليومية المعتادة ١ إلى ٢ ملغ، تؤخذ بمعدّل يراوح بين ٠,٥ و ٦ ملغ. **الاضطرابات خارج الهرمية الناجمة عن الدواء:** في علاج الاضطرابات خارج الهرمية الناتجة من الأدوية المضادة للذهان، الجرعة الموصى بها هي ١ إلى ٤ ملغ مرَّة واحدة أو مرَّتين في اليوم.	بسبب المفعول التراكمي للعلاج، يُنصح بالبدء بالعلاج بجرعة خفيفة؛ ثمّ تُزاد الجرعة تدريجياً كل ٥ أو ٦ أيام حتى الوصول إلى أصغر كمية ضرورية لتحقيق النتيجة المثلى. بعد ذلك تُزاد الجرعات بمقدار ٠,٥ ملغ، حتى الوصول إلى جرعة قصوى من ٦ ملغ، أو حتى تحقيق النتائج المُثلى من دون ردات فعل عكسية مفرطة.

يتبع

الجدول ١١–٦ بروبانالول (تابع)

الدواء	الأسماء التجارية	الاستعمالات	الآثار الجانبية	الجرعات	ملاحظات
(تابع) بنزتروبين			احتباس البول، عسر البول **الحساسية المفرطة:** الطفح الجلدي **آثار حسيّة خاصّة:** غشاوة النظر، توسّع حدقة العين **آثار متفرّقة:** السكتة الناجمة عن الحرارة، ارتفاع درجة الحرارة في الجسم، الحمّى.		
ثيامين Thiamine	فيتامين ب١ ؛ بيفيتاين Bevitine ٢٥٠ ملغ (أقراص)؛ بيفيتاين Bevitine حقنة ١٠٠ ملغ/أمبولة؛ بينيرفا Benerva حقنة ٥٠٠ ملغ/أمبولة	**نقص الثيامين** مرض البري بري سواء كان جافاً (الجهاز العصبي) أو رطباً (القلب والجهاز الدوري). يجب أن تستعمل حقنة هيدروكلورايد الثيامين حيث يكون من الضروري التعويض عن الثيامين، كما في متلازمه التلف الدماغي الفيرنكي، وحالة البري بري عند الأطفال المصحوبة بانهيار صحي حاد، وأمراض القلب والجهاز الدوري الناجمة عن نقص الثيامين، أو التهابات الأعصاب أثناء فترة الحمل إذا كان التقيّؤ حاداً. يوصف هذا العلاج أيضاً عند إعطاء الدكستروز الوريدي للأشخاص ذوي المستويات	**الحساسية المفرطة:** حساسية أو تفاعل تأقي يتهدّد الحياة، ولا سيّما بعد الحقن المتكرّرة. وقد يسجّل حدوث انهيارات صحية ووفيات. **آثار موضعية:** قد يتبع استعمال الحقنة في العضل حالات من المضض والجسوء. **آثار متفرّقة:** الشعور بالدفء، الحكة، الشرى، الضعف، التعرّق، الغثيان، التململ، الضيق في الحنجرة، الوذمة الوعائية العصبية، الزراق، النزيف في السبيل المعدي– المعوي.	**البري بري:** ١٠ إلى ٢٠ ملغ تُعطى في العضل ٣ مرّات يومياً لمدّة أسبوعين. ويُوصى بأخذ علاج فموي متعدّد الفيتامينات، يحتوي على ٥ إلى ١٠ ملغ من الثيامين يومياً لمدة شهر، وذلك لتحقيق تشبّع أنسجة الجسم. **البري بري عند الأطفال:** إذا حدثت حالات انهيار صحي، يمكن إعطاء الأطفال جرعات من ٢٥ ملغ عبر الوريد بحذر. **التهابات الأعصاب المرافق للحمل** بالنسبة إلى النساء اللواتي يعانين التهابات الأعصاب أثناء فترة الحمل واللواتي يكون التقيّؤ لديهنّ حاداً بما يكفي حتى يحول دون أي علاج مناسب عن طريق الفم، يجب أن يحصلن على ٥ إلى ١٠ ملغ/يوم من هيدروكلورايد الثيامين في العضل. **نقص الثيامين:** تُعطى جرعات عبر الوريد تصل إلى ١٠٠ ملغ/	لا توصف حقنة هيدروكلورايد الثيامين، عادةً، في الحالات التي يتمّ فيها تخفيف تناول الدواء عن طريق الفم أو في الحالات التي يكون فيها الامتصاص المعدي المعوي منخفضاً، لأنّه يجب أخذ فيتامينات متعدّدة. **عدم الملاءمة:** لا يكون الفيتامين ب١ مستقرّاً في المحاليل المتعادلة أو القلوية. لذلك، يجب عدم استعماله مع المحاليل القلوية (مثلاً: الكاربونات، السيترات، الباربيتورات، الأسيتات، أيونات النحاس). والمحاليل التي

يتبع

الجدول ١١–٦ بروبانالول (تابع)

الدواء	الأسماء التجارية	الاستعمالات	الآثار الجانبية	الجرعات	ملاحظات
(تابع) ثيامين		المتدنية من الثيامين لتفادي التسبّب بفشل في القلب. توصف حقنة هيدروكلورايد الثيامين عندما يكون أخذ الدواء عن طريق الفم صعباً (بسبب وجود حالة حادّة من اضطراب فقدان الشهية، أو الغثيان، أو التقيّؤ، أو سوء الامتصاص). الثيامين: الثيامين مفيد في منع متلازمة فيرنك كورساكوف، ولكنّه لا يحدّ من الهذيان أو النوبات الصرعية.		ليتر للتعويض عن النقص بأسرع وقتٍ ممكن. **متلازمة فيرنك كورساكوف:** تؤخذ جرعة أولية في الوريد من ١٠٠ ملغ، تتبعها جرعات في العضل من ٥٠ إلى ١٠٠ ملغ يومياً حتى يبدأ المريض باستهلاك نظام غذائي متوازن ومنتظم. **الدكستروز وذوو المستويات المتدنية من الثيامين:** ١٠٠ ملغ في كل ليتر من الليترات الأولى القليلة من المحلول الوريدي لتفادي التسبّب بفشلٍ في القلب.	تحتوي على الكبريتيت لا تتلاءم مع الثيامين، تماماً مثل العوامل المؤكسدة والمختزلة الأخرى.

تحذير: إن المعلومات الواردة في هذا الفصل عن الأدوية والجرع والآثار هي للتوعية العامة وليست للاستعمال الذاتي. لا يجوز وصف الأدوية ولا تحديد الجرع أو تعديلها إلا من قبل طبيب أو عامل صحّي مؤهّل وخبير.

١١–٣ تدابير الحذر التي ينبغي اتخاذها عند استعمال أدوية الاضطرابات النفسية

- عدة أدوية تتفاعل مع الكحول. وبشكل خاص، إنّ الأدوية التي تسبّب الركود سوف تزيد من النعاس الذي يشعر به الشخص بعد شرب الكحول.
- إنّ الجرعات المذكورة في الجداول هي للبالغين. أما الأشخاص الذين يبلغون من العمر أكثر من ٦٠ سنة أو أقل من ١٦ سنة، فينبغي إعطاؤهم جرعات بين ثلث ونصف الجرعات المذكورة.
- عدة أدوية للاضطرابات النفسية والعقلية تسبّب النعاس، وزيادة الوزن، والمشكلات الجنسية، فكن متنبّهاً لهذه الآثار. انصح الأشخاص الذين يتناولون هذه الأدوية باتباع حمية، وممارسة التمارين باستمرار للسيطرة على زيادة الوزن. أما النعاس فغالباً ما يكون موقتاً، ويختفي مع الاستمرار بتناول الدواء. ويمكن التعامل مع المشكلات الجنسية بالطريقة المذكورة في القسم ٥–٥.
- تجنّب الأدوية الآتية في الحمل: ليثيوم lithium، وكاربامازيبين carbamazepine، وفالبروات valproate، وكلونازيبام clonazepam، والأدوية الأخرى المضادة للقلق، ومضادات الاكتئاب القديمة، وكل مضادات الذهان (المهدئات).
- ثمة أدوية أخرى قليلة قد تُستعمل للاضطرابات النفسية، ولم تُذكر في الجداول. من هذه الأدوية، ميثيلفينيدايت methylphenidate للأطفال الذين يعانون فرط النشاط، وديسولفيرام disulfiram لإدمان الكحول، وفيغاباترين vigabatrin للصرع، وميثادون methadone لإدمان الهيروين. وينبغي ألا يبدأ بإعطاء هذه الأدوية (ومن الأفضل ألا يراقبها أيضاً) طبيبُ صحة عامة أو عامل صحي محلي، بل ينبغي أن تُستعمل قدر الإمكان من قبل الاختصاصيين دون سواهم.

الفصل الثاني عشر

الموارد في منطقتك

دوّن في الجداول أدناه المعلومات المتعلقة بمختلف أنواع الموارد المتوفّرة في منطقتك.

١٢–١ الموارد للأطفال

قد تتضمّن هذه الموارد: دور رعاية الأطفال، ودور رعاية الأحداث، وخطوط الهاتف الخاصة بمساعدة الأطفال، والمنظمات التي تعمل مع أطفال الشوارع، ومنظمات حماية الأطفال، والمنظمات التي تعمل على المسائل المتعلقة بالأطفال بشكل خاص مثل منظمة «غوث الأطفال» Save the Children في بلدان عديدة، والمراكز والمدارس المتخصّصة بإعادة تأهيل الأطفال الذين يعانون تأخراً عقلياً.

اسم المورد والشخص الذي يمكن الاتصال به	الخدمات المُتاحة	العنوان ورقم الهاتف

١٢–٢ موارد للكبار في السن

قد تتضمّن هذه الموارد: دور المسنين والوكالات الحكومية التي تؤمّن الرفاه والمساعدات المالية للكبار في السن، والفروع المحلية لمؤسسة «ألزهايمرز ديزيز إنترناشونال» Alzheimer's Disease International، وجمعيات أخرى تعمل بشكل خاص على المسائل التي تعني الكبار في السن.

اسم المورد والشخص الذي يمكن الاتصال به	الخدمات المتاحة	العنوان ورقم الهاتف

١٢–٣ موارد للأشخاص الذين يعانون مشكلات الشرب والمخدّرات

قد تتضمّن هذه الموارد: الفروع المحلية لمجموعة دعم مدمني الكحول («ألكوهوليكس أنونيموس» Alcoholics Anonymous) وجمعيات أخرى تعمل على مشكلات الشرب، والمؤسسات التي تعمل مع عائلات الأشخاص الذين يعانون مشكلات الإدمان، والهيئات الصحية المتخصصة في الاهتمام بمشكلات إدمان المخدّرات والكحول.

اسم المورد والشخص الذي يمكن الاتصال به	الخدمات المتاحة	العنوان ورقم الهاتف

١٢–٤ موارد للنساء وللعنف المنزلي

قد تتضمّن هذه الموارد: المنظمات النسائية؛ والوحدات المختصة بالعنف المنزلي في الشرطة والمنظمات الحكومية الأخرى، والمحامين، والعاملين الصحيين، والهيئات والمرشدين المهتمّين بمسائل العنف ضد النساء؛ ودور الإقامة التي تؤمّن المأوى للنساء؛ والعيادات الصحية للنساء.

اسم المورد والشخص الذي يمكن الاتصال به	الخدمات المتاحة	العنوان ورقم الهاتف

١٢–٥ موارد لعائلات الأفراد الذين يعانون اضطرابات نفسية

قد تتضمّن هذه الموارد: مجموعات الدعم والمنظمات التي تعمل مع عائلات الأشخاص الذين يعانون أيّ نوع من الاضطرابات النفسية، أو بشكل خاص التأخر العقليّ، وخرف الشيخوخة عند الكبار في السن، ومشكلات الشرب والمخدّرات، والاضطرابات النفسية الحادة.

اسم المورد والشخص الذي يمكن الاتصال به	الخدمات المقتاحة	العنوان ورقم الهاتف

١٢–٦ الاختصاصيون في الصحة النفسية

قد يتضمّن هذا الجدول أسماء الأطباء النفسيين، والمعالجين النفسيين، وغيرهم من الاختصاصيين في الصحة النفسية. نحرص على أن نحصل على المعلومات عن الرعاية الصحية الخاصة والعامة. وندوّن بشكل خاص المعلومات عن مستشفى الأمراض النفسية والعقلية الأقرب إلى منطقتنا، وعيادة الطوارئ الأقرب، لكي تحوّل عليهما الأشخاص الذين يعانون اضطراباً شديداً.

اسم المورد والشخص الذي يمكن الاتصال به	الخدمات المتاحة	العنوان ورقم الهاتف

١٢–٧ خطوط المساعدة الهاتفية

ندوّن الأرقام الهاتفية لمختلف الخدمات المقدّمة، مثل الوقاية من الانتحار، والنساء اللواتي يعانين حالة من الأسى، وما إلى ذلك.

رقم الهاتف	نوع المشكلة

ملحق

رسوم تسلسلية لحل المشكلات عياديًّا

يمكنك أن تنسخ هذه الرسوم التسلسلية (أشكال تعبّر عن تدفق الأفكار) وتعلّقها على الحائط في عيادتك أو مكتبك، للاستعانة بها عند الحاجة إلى مرجع سريع. وتُستعمل هذه الرسوم التسلسلية العيادية لفئة واسعة من المشكلات العيادية التي تشكّل أساس الفصول العيادية في الدليل (الجزء الثاني).

أنواع السلوك التي تدعو إلى القلق

المؤشّرات النموذجية:

- السلوك العدواني
- السلوك المشوّش
- السلوك المضطرب
- السلوك الغريب أو غير الاعتيادي

هل هذا هذيان؟
إذا بدا الشخص مشوّشاً وفاقد الصلة مع الواقع
خصوصاً إذا كنت متأكداً من وجود التهاب (ارتفاع في الحرارة، أو دلائل عصبيّة أخرى)،
أو جرح في الرأس (آثار الجرح على الرأس)، أو جلطة دماغية:
في هذه الحالات نعالج التشوّش (القسم ٤–٢)

↓

نسأل عن الانقطاع عن الكحول أو المخدّرات (withdrawal)، أو عن التسمّم بها
مثلاً إذا كان في سجل الشخص مشكلة شرب أو إدمان مخدرات، أو إذا لاحظنا رائحة كحول
في مثل هذه الحالات: نعالج إدمان الكحول أو المخدّرات (القسمان ٦–١، و ٦–٢)

↓

نسأل عن أعراض الذهان
مثل الهلوسات والتوهّمات.
في مثل هذه الحالات: نعالج الذهان (القسم ٤–٣)

↓

نسأل عن المزاج المحبط مؤخّراً
مثل الأفكار الانتحارية، وفقدان الوزن، وقلة النوم.
في مثل هذه الحالات: نعالج الشخص ضد السلوك الانتحاريّ (القسم ٤–٤)

↓

نسأل عن الحوادث المأساوية مؤخّراً
مثل وفاة شخص أو التعرّض للعنف.
في مثل هذه الحالات: نعالج مسألة التعامل مع الحداد (القسم ٧–٤)
أو الاضطراب النفسي بعد صدمة (الفصل ٧)

الأعراض التي ليس لها تفسير طبّي

تشمل هذه الأعراض:

- الآلام والأوجاع
- التعب
- تسارع نبضات القلب
- الدوار
- الشكاوى المتعلّقة بالأحشاء والأمعاء (الإمساك/رخاوة الغوط)
- الفقدان المفاجئ لإحدى الوظائف الحركية
- الأوجاع في الصدر
- صعوبة التنفّس

نستبعد احتمال مرض جسدي محدّد

من خلال دراسة السجل العيادي وفحص الجهاز العضوي المعني بالأعراض.
إذا لزم الأمر، نُجري بعض التحرّيات مثل الصورة للصدر بالأشعة السينية (إكس)، وفحص الهيموغلوبين (فقر الدم، وغيره).

↓

إذا لم يكن الشخص يعاني أيّ مرض جسدي ولم يتحسّن عن طريق العلاج العادي: نسأل عن مسبّبات الضغط والمشكلات.

نسأل مثلاً عن العنف في المنزل، وعن فقدان الوظيفة، وعن المشكلات في العلاقات
إذا تأكدنا من وجود عنف، راجع القسم ٧–٢

↓

نسأل عن أعراض الاكتئاب والقلق

مثل فقدان الاهتمام بالنشاطات اليومية، والشعور بالحزن، والتوتر أو الانشغال الفكري، ومشكلات النوم والشهية، والأفكار الانتحارية (الفصل ٢)

↓

نعالج مشاعر الاكتئاب والقلق

إذا وجدنا أعراض هذين الاضطرابين، نعطي الشخص ما يلي:
الشرح
الطمأنينة
تمارين التنفّس
تقنية حلّ المشكلات
مضادات الاكتئاب

العادات التي تسبّب مشكلات صحية

ينبغي أن نشتبه في أنّ الشخص يدمن الكحول أو المخدّرات في الحالات التالية:

- الصحة الجسدية المتردّية
- مرض في المعدة أو الكبد (كحول)
- التهابات الجلد (تناول المخدّرات بالحقن في الأوردة)
- الإصابة المتكرّرة بأمراض منقولة جنسيّاً
- الحوادث والإصابات المتكرّرة وغير المفسَّرة
- التغيّب المتكرّر عن العمل

نطرح الأسئلة المتعلّقة بالشرب و/أو بإدمان المخدّرات:

١– كم مرة في السنة الفائتة لاحظت أنك لا تقدر على التوقّف عن الشرب بعد أن بدأت به؟

٢– كم مرة في السنة الفائتة شعرت بالحاجة إلى شرب كأس في الصباح لكي تبدأ نهارك؟

٣– كم مرة في السنة الفائتة فشلت في القيام بما كان متوقّعاً منك بسبب الكحول؟

↓

إذا كانت إحدى الإجابات نعم:

نحصل على التفاصيل حول شرب الكحول و/أو تناول المخدّرات في الشهر الفائت

↓

الإفراط في الشرب أو تناول المخدّرات يوميّاً:

معالجة الشخص ضد متلازمة الانقطاع عن الكحول أو المخدّرات (القسمان ٦–١، و ٦–٢).

↓

الشرب الآني المفرط أو مشكلات الشرب الأخرى غير المصحوبة بأعراض انقطاعية عن أنواع أخرى من إدمان المخدّرات:

معالجة المشكلات الصحية الجسدية

الشرح

الإرشاد العائلي

الإرشاد لحل المشكلات

تقنيات الاستمرار في السيطرة على الانقطاع (مثلاً مراقبة كمية الكحول المستهلكة)

المراجعة الدورية

في حال الاكتئاب: نعالج الشخص كما ينبغي (الإطار ٥–١)

نحيل على مجموعة تعاون مدمني الكحول (Alcoholics Anonymous) أو منظمات أخرى.

الأطفال الذين يعانون مشكلات صحية نفسية

المؤشرات النموذجية قد تكون:

- عدم التمكن من إتمام الأعمال البسيطة، مثل التكلم والمشي
- الأداء الضعيف في المدرسة
- الشقاوة وعدم الانضباط
- الانقطاع عن الآخرين والهدوء

نحصل على سرد دقيق لتطوّر النمو عند الطفل
نراجع القسم ٨–١ للاطلاع على الأعمال البسيطة الهامة
في حال التأخّر في إتمامها، نفكر في احتمال وجود تأخّر عقليّ (القسم ٨–١)

↓

نسأل عن الأداء المدرسي
إذا كان النمو طبيعيّاً، ولكنّ السلوك والأداء المدرسيين ضعيفان،
نفكر في احتمال عسر القراءة (القسم ٨–٢)

↓

نسأل عن السلوك في المنزل وفي المدرسة
إذا كان الطفل كثير الحركة، ومتململاً،مندفع أو متهوّر،
نفكر في اضطراب النشاط المفرط ونقص التركيز (القسم ٨–٣)

↓

نسأل عن البيئة العائلية
لا سيّما أسلوب الانضباط، والعنف المنزلي، والنزاعات والشجارات
إذا تأكدنا من وجود مشكلات،
نفكر في سوء معاملة الطفل (القسم ٨–٤)
نفكر في اضطراب السلوك (القسم ٨–٥)
نفكر في أعراض الاكتئاب (القسم ٨–٧)



مسرد مصطلحات الاضطرابات النفسية والعقلية وعوارضها

الذهان الحاد (Acute Psychosis)
اضطراب نفسي يبدأ فجأة ويدوم عادة أقل من شهر.
يتصف بابتعاد الفرد عن الواقع وظهور هلوسات وهذيان.

الإدمان (Addiction)
أنظر التعلّق (dependence).

ألزهايمر (Alzheimer´s Disease)
النوع الأكثر شيوعاً من الخرف (dementia).

القلق (Anxiety)
حالة من الشعور بالتوتر أو الهمّ أو الخوف.

اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه
(ADHD– attention deficit hyperactivity disorder)
أنظر فرط الحركة.

التوحّد (Autism)
حالة لا يتكلّم فيها الطفل كثيراً ويكون غير اجتماعي.

التبوّل اللاإرادي في السرير (Bed wetting)
حالة يتبوّل فيها الطفل في السرير في سن لا يكون ذلك متوقعاً (قرابة سن الخامسة).

أسى الفقدان (Bereavement)
الأسى الناجم عن فقدان شخص مقرّب بالوفاة.

الاكتئاب الثنائي الأقطاب / الدوري (Bipolar Disorder)
انظر اضطراب الهوس الاكتئابي.

الاضطرابات النفسية الشائعة
(Common mental disorder)
الاكتئاب والقلق.

التكرار الهوسي / اضطراب الوسواس القهري
(Obsessive Compulsion)
سلوك قهري يحدث مراراً وتكراراً من دون مبرّر (مثلاً، غسل اليدين المتكرر).

اضطراب السلوك (Conduct disorder)
حالة يتصرّف فيها الطفل (عادة المراهق) بشكل سيئ، ويكون غير منضبط.

التشوش (Confusion)
حالة لا يعرف فيها الشخص مكان تواجده، أو الوقت، أو مَن يكون

الاضطراب التحويلي / الاضطراب النفسي الجسدي
(Conversion disorder)
حالة يظهر فيها الشخص أعراض جسدية سببها بالكامل إجهاد نفسي.

إختلاج وتشنّج (Convulsion)
حالة لا يكون فيها الشخص مدركاً تماماً لمحيطه، وقد يصدر حركات متشنجة أو غير اعتيادية.

الهذيان (Delirium)
حالة يكون فيها الشخص مشوشاً (أنظر التشوش).

التوهّم (Delusion)
اعتقاد غير منطقي وغير صحيح لكن يصدقه الشخص بشدة.

الخرف (Dimentia)
حالة يظهر فيها الشخص تراجعاً تدريجياً في الذاكرة، ومشاكل سلوكية.

التعلّق / الاعتماد (Dependence)
حالة يضطر فيها الشخص إلى تعاطي دواء أو مخدر ما ليتجنب متلازمة الإقلاع عن الإدمان.

الاكتئاب (Depression)
حالة حزن، أو يأس، أو فقدان الاهتمام بالحياة اليومية.

انعدام التوجه (Disorientation)
حالة لا يعرف فيها الشخص في أي يوم يكون أو المكان الذي يتواجد فيه.

إدمان المخدر أو الدواء (Drug Abuse)
تعاطي المخدر أو الدواء بشكل قد يتسبب للشخص بضرر اجتماعي، أو قانوني، أو اقتصادي، أو صحي.

عسر القراءة والكتابة (Dyslexia)
حالة يعاني فيها طفل ذو ذكاء طبيعي مشاكل معينة في المهمات الدراسية كالقراءة، والتهجئة، والكتابة.

التبول اللا–إرادي (Enuresis)
حالة يبُول فيها الطفل في ثيابه في سن لا يكون ذلك متوقعاً.

الصرْع (Epilepsy)
حالة تحدث فيها نوبات صرعية بشكل متكرر.

النوبة (Fit)
انظر الاختلاج.

الأسى (Grief)
انظر أسى الفقدان.

الهلوسة (Hallucination)
تجربة يسمع فيها الشخص، أو يرى، أو يشم، أو يشعر بأمور لا أحد غيره يسمعها، أو يراها، أو يشمها، أو يشعر بها.

فرط الحركة (Hyperactivity)
مشكلة سلوكية تحدث في الطفولة حيث لا يتمكن الطفل من الجلوس في مكان واحد فترة طويلة، ويتحرك بشكل مستمر.

الهستيريا (Hysteria)
انظر الاضطراب التحويلي.

العجز الجنسي (Impotence)
حالة يعجز فيها الرجل عن الوصول إلى انتصاب قضيبه.

الأرق (Insomnia)
صعوبة في النوم.

التوتر (Irritability)
الإحساس بالغضب السريع.

اضطراب الهوس الاكتئابي
(Manic–depressive disorder)
اضطراب نفسي شديد يختبر فيه الشخص نوبات مزاجية من الابتهاج والانكسار.

الاضطراب العقلي / النفسي (Mental Illness)
حالة يحدث فيها اضطراب في السلوك، أو الأحاسيس، أو المشاعر.

التأخر العقلي (Mental Retardation)
حالة يتطور فيها الطفل وينمو أبطأ من العادة.

الوسواس (Obsession)
فكرة تراود ذهن الشخص بشكل متكرر مع أن الشخص لا يريدها.

اضطراب الوسواس القهري
(Obsessive–compulsive disorder)
حالة يحدث فيها وسواس وسلوك تكراري.

الهلع (Panic)
حالة قلق شديد يشعر فيها الشخص كأنه سيموت أو ينهار.

الرُهاب (Phobia)
حالة يُظهر فيها الشخص خوفاً غير مبرّر من وضع ما كالحشود أو الأسواق. تتصف بمشاعر الحزن والأسى.

اكتئاب ما بعد الولادة (Postnatal depression)
حالة اكتئاب في الأشهر التالية للولادة.

اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة
(Post traumatic stress disorder)
حالة من الكرْب النفسي تحدث لشخص عرف تجربة معرِّضة للموت.

القذف المبكر (Premature ejeculation)
حالة يختبر فيها الرجل قذفاً (إفراز القضيب للمنيّ) مبكراً جداً أثناء الجماع.

الذُهان (Psychosis)
اضطراب نفسي شديد مرتبط بحدوث توهمات وهلوسات.

نفسي جسدي (Psychosomatic)
مصطلح يستعمَل لوصف الحالة التي تحدث فيها وعكات صحية جسدية سببها ضغط أو اضطراب نفسي.

الفُصام (Schizophrenia)
نوع من الذُهان غالباً ما يدوم سنوات عدة.

النوبة المرضية (Seizure)
انظر الاختلاج.

صعوبات التعلم المحددة (Specific learning disability)
انظر عسر القراءة والكتابة.

الانتحار (Suicide)
عملية وضع الشخص حداً لحياته.

الصدمة (Trauma)
حالة تنتج عن حدث يتعرض فيه الانسان للموت أو يكون مخيفاً للغاية.

متلازمة الإقلاع عن الإدمان (Withdrawal syndrome)
حالة من الاضطراب يختبرها الشخص المدمن أو المتعلّق بالمخدرات أو الكحول وذلك بُعيد التوقف عن تعاطيها.



معجم المصطلحات الطبية: عربي – انكليزي

الرعشة الوراثية/العائلية	Familial Tremor
إبرة قياسها ٢١ جوج	A 21-gauge needle
إتباع برنامج محدّد لإنقاص الجرعات تدريجياً	A gradual dosage tapering schedule followed
آثار تؤدي إلى هبوط الضغط	Hypotensive effects
إثارة/اهتياج	Excitement
أثر التخدير/الخدر المتبقي	Residual sedation
احتباس البول	Urinary retention
احتقان الأنف	Nasal congestion
احتقان الثدي	Breast engorgement
الأحلام المزعجة/غير الطبيعية	Abnormal dreams
احمرار الوجه	Flushed facies
الاختلاجات/التشنجات	Convulsions
اختلالات في وظيفة الكبد	Abnormalities in liver function
الإدمان على الكحول	Alcoholism
إدمان نفسي أو جسدي	Psychic or physical dependence
أدنى مستوى صيانة فعّالة	Lowest effective maintenance level
أدوية الديبوت المضادة للذهان	Depot neuroleptics
الأدوية المضادة للذهان / المهدّئات النفسية	Neuroleptic drugs
الأدوية ذات المفعول القصير الأجل	Short-acting medication
الأدوية/العقاقير غير الستيرودية المضادة للالتهابات	Nonsteroidal anti-inflammatory drugs NSAIDs
ارتعاش/ارتجاف حركي	Motor twitching
ارتعاش/ارتجاف في العضلات	Muscle twitching
ارتفاع الضغط	Hypertension
ارتفاع أنزيم الكبد أسبرتات أمينوترانسفيراز (AST)	AST increased
ارتفاع أنزيم الكبد آلانين أمينوترانسفيراز (ALT)	ALT increased
ارتفاع درجة الحرارة في الجسم	Hyperthermia
ارتفاع ضغط الدم/ارتفاع الضغط	Increased blood pressure/hypertension
ارتفاع عابر لمستوى السكر في الدم	Transient hyperglycemia
ارتفاع/كثرة كريات الدم البيضاء	Leukocytosis
الأرق	Insomnia
ازدياد التعرّق	Increased perspiration
ازدياد الشهية	Increased appetite
ازدياد عمق التنفس	Increased depth of respiration

Increased risk of bleeding	ازدياد، ارتفاع خطر النزف/النزيف/الإدماء
Clinical response	الاستجابة السريرة
Optimum response	الاستجابة المثلى
Optimal patient response	استجابة المريض المُثلى
Startled response	استجابة جفلة
Serotonin reuptake	استرجاع السيروتونين
Predisposition to extrapyramidal reactions	استعداد لردود الفعل خارج الهرمية
Concomitant use	استعمال ملازم/مصاحب
Unlabeled uses	استعمالات غير مصنَّفة
Exacerbation of preexisting psychotic symptoms	استفحال/تفاقم الأعراض الذهانية الموجودة أصلاً/السابقة الوجود
Oral intake	استهلاك/تناول عن طريق الفم
Branded generic name	الاسم العلمي التجاري
Black tongue	اسوداد اللسان
Acetates	أسيتات
Bipolar disorder	الاضطراب الثنائيّ القطب
Panic disorder	اضطراب الذعر
Personality disorder	اضطراب الشخصية
Borderline personality disorder	اضطراب الشخصية البينية (الحدية)
Posttraumatic stress disorder	اضطراب الضغط الناتج عن صدمة
Multifocal tic disorders	اضطراب العرّات المتعدّد البؤر
Generalized anxiety disorder	اضطراب القلق العام
Gastric distress	اضطراب المعدة/ضيق في المعدة
Bulimia nervosa	اضطراب النهم العصبي/الشراهة العصبية
Tourette disorder	اضطراب توريت
Anorexia	اضطراب فقدان الشهية
Disturbed concentration	اضطراب في التركيز
Disturbances of coordination	اضطرابات التناسق
Psychotic disorders	الاضطرابات الذهانية
Gastrointestinal disturbances	الاضطرابات المعوية – المعدية
Mental Disorders	الاضطرابات النفسيّـة
Oculomotor disturbances	اضطرابات حركية العين
Speech disturbances	اضطرابات في الكلام
Seizure disorders	اضطرابات نوبات الصرع
Emotional disturbances	الاضطرابات العاطفية
Lymphadenopathy	اعتلال الغدة اللمفاوية/الاعتلال العقدي اللمفي
Wernicke's encephalopathy	اعْتِلاَلٌ دِماغِيٌّ فِيرْنيكِيّ/متلازمه التلف الدماغي الفيرنكي
Parkinson-like symptoms	أعراض شبيهة بأعراض الباركنسون
Temporary symptoms	أعراض مؤقتة
Extrapyramidal symptoms (EPS)	الأعراض خارج الهرمية
Faintness	الإغماء
Syncope	إغماء/غشي
Lactation	إفراز الحليب
Excessive salivation	إفراز مفرط للّعاب
Hypersalivation	إفرازمفرط اللعاب
Orally disintegrating tablets	الأقراص التي تتحلل عن طريق الفم
Mental depression	الاكتئاب النفسي

More susceptible to	أكثر عرضة لـ
Eczema	الاكزيما
Tension Dermatitis	إلتهاب الجلد الناجم عن التوتر
Abdominal pain	ألم البطن/ألم في البطن
Mastalgia	ألم الثدي
Chest pain	ألم الصدر
Back pain	ألم الظهر
Trigeminal neuralgia / tic douloureux	ألم العصب مثلث التوائم
Arthralgia	ألم المفاصل
Postherpetic neuralgia	أَلَم عَصَبِيّ تالٍ للهِرْبِس
Myalgia	ألم في العَضلاَت (المَيالجيا)
Epigastric distress	ألم في منطقة الشرسوف/الضيق الشرسوفي
Until symptoms are controlled	إلى أن تتمّ السيطرة على الأعراض
Sinus node dysfunction	اعتلال الجيب الأذيني
Cardiovascular disease	أمراض القلب والجهاز الدوري
Relapse	انتكاس/نكسة
Toxic epidermal necrolysis	انحلال البشرة النخري السمي
Recessive dystrophic epidermolysis bullosa	انحلال الجلد الفقاعي العميق المتنحي
Junctional epidermolysis bullosa	انحلال الجلد الفقاعي المتصل
Amenorrhea	انقطاع الطمث
Sudden discontinuance	الانقطاع المفاجئ
Apnea	انقطاع النفس
Circulatory collapse	انهيار الجهاز الدوراني
Peripheral circulatory collapse	الانهيار الدوراني المحيطي
Agitation	الاهتياج
Metabolic/Nutritional	أيضي/غذائي
Tenderness and induration	الإيلام/المضض والجسوء
Copper ions	أيونات النحاس
Barbiturates	الباربيتورات
Postencephalitic parkinsonism	بَارْكِنْسُونِيَّةٌ تالِيَةٌ لالْتِهابِ الدِّماغ
Pseudoparkinsonism	باركنسونية كاذبة
Idiopathic parkinsonism	باركنسونية مجهولة السبب
As tolerated	بحسب القدرة على التحمّل
Bradycardia	بطء ضربات القلب
Pharynx	البلعوم
Clinical effect	التأثير السريري
Anticholinergic effects	تأثيرات مضادات الكولين/الأدوية المضادة للكولين
Psychomotor retardation	تأخّر/تخلّف حركي نفسي
Nocturnal enuresis	التبول الليلي اللاإرادي
Gynecomastia	تثدّي الرجل
Eructation	تجشؤ
Photosensitization	التحسس الضوئي
A sequential multiple analysis-12	تحليل تعاقبي متعدد
Coagulation	تخثّر
Sedation	تخدير/خدر/تسكين
Gum massage	التدليك بالعلكة

Therapeutic serum concentrations	تركّزات المصل العلاجية
Increase dosage fairly rapidly	تُزاد الجرعة بشكلٍ سريع إلى حدٍّ ما
Simple tachycardia	تسارع بسيط في نبضات القلب
Remission	التسكين/ تخفيف حدّة المرض
Body tissue saturation	تشبع أنسجة الجسم
Leg cramps	تشنج الأرجل
Laryngospasm	تشنج الحنجرة
Opisthotonos	التشنّج الظهري
Spasm of the neck muscles	تشنج عضلات الرقبة
Bronchospasm	تشنّج قصبي
Abdominal cramping	تشنجات البطن
Confusion	تشوّش
Paresthesia	تشوش الحس
Mental confusion	التشوّش الذهني
Arteriosclerosis	تصلب الشرايين
Coronary atherosclerosis	تصلب الشرايين التاجية
Breast enlargement	تضخم الثدي
Salivary gland swelling	تضخم الغدة اللعابية
Adenopathy	تضخم الغدة اللمفاوية
Parotid swelling	تضخم الغدة النكفية
Hypertrophic subaortic stenosis	التضيّق الضخامي في الصمام الأورطي
Flatulence	التطبّل (امتلاء البطن بالغازات)
Drug abuse and dependence	تعاطي المخدرات والإدمان عليها/سوء استعمال الدواء والإدمان عليه
Fatigue	تعب
Dose adjustment	تعديل الجرعة
Diaphoresis	التعرّق الغزير
Taste perversion	تغيّر الطعم في الفم
Ocular changes	تغيّرات تتعلّق بالعين
Degenerative changes	تغيّرات تنكسية
Changes in salivation	تغيرات في إفراز اللعاب
Changes in libido	تغيرات في الشهوة الجنسية
Electrocardiographic changes	تغيّرات في تخطيط رسم كهرباء القلب
Electrocardiogram (ECG) changes	تغيّرات في مخطط القلب الكهربائي
Anaphylactic reaction	تَفاعُلٌ تَأَقِيّ
Allergic reaction	تفاعل تحسسي
LE-like reactions	التفاعلات الجلدية الشبيهة بالذئبة الحمراء
Worsening of organic brain syndromes	تفاقم المتلازمات الدماغية العضوية
Exacerbation of psychotic symptoms	تفاقم/ استفحال الأعراض الذهانية
Aching and sore throat	تقرّح وألم في الحنجرة
Urinary frequency	تكرار/ تواتر التبوّل
Osteomalacia	تلين العظام
Dilatation of the colon	تمدد القولون
Restlessness	تململ
Motor restlessness	تململ حركي
Administer	تناول/ أخذ

Otitis media	التهاب الأذن الوسطى
Peripheral neuritis	التهاب الأعصاب المحيطية
Rhinitis	التهاب الأنف
Pharyngitis	التهاب البلعوم أو الحلق
Pancreatitis	التهاب البنكرياس
Exfoliative dermatitis	التهاب الجلد التقشري
Sinusitis	التهاب الجيوب الأنفية
Pneumonitis	التهاب الرئة/الالتهاب الرئوي
Ischemic colitis	الْتِهابُ القولونِ الإِقْفارِيُّ
Hepatitis	التَهاب الكبد
Glossitis	التهاب اللسان
Gastritis	التهاب المعدة
Conjunctivitis	التهاب الملتحمة
Vaginitis	التهاب المهبل
Stomatitis	التهاب أنسجة الفم
Acute suppurative parotitis	التهاب قيحي حاد في الغدة النكافية
Neuritis of pregnancy	التهابات الأعصاب أثناء فترة الحمل
Premenstrual tension	توتّر ما قبل الدورة الشهرية/توتّر ما قبل الحيض
Testicular swelling	تورّم خصيوي
Edematous swelling of ankles or wrists	تورّم وذمي في الكاحلين والمعصمين
Mydriasis	توسّع الحدقة/البؤبؤ
Dilated pupils	توسع حدقة العين
Dilatation of the urinary tract	توسيع/توسّع مسالك البول
Malaise	توعّك/ضيق/انزعاج
Gradual withdrawal	التوقّف التدريجي
Acute alcohol withdrawal	توقّف حاد ومفاجئ عن شرب الكحول
Delusions	توهّمات
Galactorrhea	ثرّ الحليب
Talkativeness	ثرثرة/كثرة الكلام
Alopecia	الثعلبة/الحاصّة
IV doses	الجرعات الوريدية/جرعات الأدوية المعدّة للحقن الوريدي
Initial dose	الجرعة الأولية
Initial oral dose	الجرعة الأولية عن طريق الفم
Loading dose	جرعة التحميل
Adolescent and geriatric dose	جرعة الشيخوخة والمراهقين
Maintenance dosage	جرعة الصيانة
Optimum dosage	الجرعة المُثلى
Absolute dosage	الجرعة المطلقة
Dry skin	جفاف البشرة/الجلد
Dry mouth	جفاف الفم
Dermatologic	جلدية
GU	الجهاز البولي التناسلي
CNS	الجهاز العصبي المركزي
Euthyroid goiter	الجويتر/الدراق/تضخم الغدة الدرقية
Blackout spells	حالات فقدان الوعي
Confusional states	حالات من التشوش/الارتباك

Isolated cases/instances	حالات نادرة
Status epilepticus	الحالة الصرعية
Until maximum therapeutic benefit is achieved	حتى تحقيق الفائدة العلاجية القصوى
Dyskinetic movements	حركات عسيرة
Abnormal involuntary movements	حركات لاإرادية غير طبيعية
Involuntary movements of tongue, face, mouth or jaw	حركات لاإرادية للّسان، أو الوجه، أو الفمّ، أو الفكّ
Pharmacokinetic	الحركية الدوائية
Pulmonary hypersensitivity	الحساسية الرئوية المفرطة
Idiosyncrasy	حساسية ذاتية
Photosensitivity	الحساسية للضوء
Thiamine HCl injection	حقن هيدروكلورايد الثيامين
IM injection	حقنة في العضل
Thiamine HCl	حقنة هيدروكلورايد الثيامين
Pruritus	الحكة/الحكاك
Folic acid	حمض الفوليك
Extrapyramidal	خارج الهرمية
Hematologic	خاصّ/متعلق بالدم
Mesenteric arterial thrombosis	خثار الشِّرْيانُ المَساريقِيُّ
Periodontal abscess	خُراج دواعم السن
Weight loss	خسارة الوزن
Palpitation	خفقان القلب بسرعة وبقوة (الوجيب)
Dystonia	خلل التوتر العضلي
Memory impairment	خلل في الذاكرة
Macrocytosis	داء الكريات الضخمة
Monocytosis	داء الوحيدات/زيادة الوحيدات
Dextrose	دكستروز
Maintenance medication	دواء الصيانة
Psychotropic	دواء نفسي التأثير/موجّه نفساني
Dizziness	دوار
Giddiness	الدوار
Vertigo	دوار/دوخة
Lightheadedness	دوخة
Pneumonia	ذات الرئة
Exertional angina	الذبحة الجهدية/الإجهادية
Angina pectoris	الذبحة الصدرية
Toxic psychosis	الذهان السام
Stupor	ذهول/خدر
Individuals with marginal thiamin status	الأفراد ذوو المستويات المتدنية من الثيامين
Downbeat nystagmus	رَأْرَأَةٌ سُفْلِيَّة
Tremor	الرجفة
Tremulousness	الرجفة/الارتعاش
Adverse reactions	ردات الفعل العكسية
Skin reactions	ردود فعل جلدية
Maculopapular and acneiform skin reactions	ردود فعل جلدية مثل الطفح الجلدي الحطاطي الفقاعي/البقعي والطَفَحٌ عُدي الشكل

Neuromuscular reactions	ردود فعل عصبية عضلية
Pillrolling motion	رعاش لفّ الأقراص
Epistaxis	الرعاف
Essential tremor	رعشة اليد الأولية
Cholestatic	ركود الصفراء
Ataxia	الرنح (فقدان انتظام الحركة)
Cyanosis	الزراق/ازرقاق اللون
Dyspnea	الزلة التنفسية/ضيق التنفس/عسر التنفس
Akathisia	الزلز
Weight gain	زيادة الوزن
Excessive weight gain	زيادة مفرطة في الوزن
Citrates	سترات
Irritability associated with autistic disorder	سرعة الانفعال والغضب التي تترافق مع الاضطراب التوحدي
Hyperirritability	سرعة الغضب والانفعال المفرطة
Heat stroke	السكتة القلبية
Diabetes insipidus	السكري الكاذب
Urinary incontinence	سلس البول
Incontinence of urine or feces	سلس البول أو الغائط
Disturbed behavior	السلوك المضطرب
Recurrent suicidal behavior	سلوك انتحاري متواتر/مرتدّ/متكرّر
Lithium toxicity	سمّية الليثيوم
Malabsorption	سوء الامتصاص
Indigestion	سوء الهضم
Drooling	سيلان اللعاب
Urticaria	الشرى
Euphoria	الشعور بالنشاط والخفة
Diplopia,	الشفع (ازدواج الرؤية)
Paralysis	الشلل
Headache	الصداع
Hangover	صداع الخمور/الكحول
Epilepsy	الصرع
Cogwheel rigidity	صمل الدولاب المسنن
Deafness	الصمم
A complete blood count	صورة الدم الكاملة/تحليل الدم الكامل
Weakness	ضعف
Respiratory depression	ضعف التنفس
Poor memory	ضعف في الذاكرة
Muscular weakness	ضعف في العضلات
Ocular pressure	ضغط العين
Transient situational stress	الضغط المرحلي العابر
Disorientation	الضياع الزمانيّ – المكانيّ
Respiratory distress	ضيق التنفس/ضائقة تنفسية
Tightness of the throat	ضيق في الحنجرة
Metallic taste	الطعم المعدني في الفم
Rash	طفح الجلدي
Skin eruption	الطفح الجلدي

Morbilliform skin eruptions	الطفح الجلدي الحصبي الشكل
Erythematous rash	الطفح الحمامي
Urticarial rashes	طفح شروي
Psoriasiform rashes	طفح صدافي الشكل
Tinnitus	طنين (الأذن)
Raynaud phenomenon	ظاهرة رينو
Reducing agent	عامل مختزل
Scattered punctate cortical lens opacities	عتامة عدسية قشرية شبيهة بالنقاط المتفرقة
Impotence	العجز الجنسي
Male impotence	العجز الجنسي لدى الرجال
Impotence/sexual dysfunction	العجز الجنسي/اختلال الوظيفة الجنسية
Incoordination	عدم التناسق
Menstrual irregularities	عدم انتظام الدورة الشهرية
Cardiac arrhythmia	عدم انتظام ضربات القلب
Tics	العرّات
Dysuria	عسر البول
Dysmenorrhea	عسر الطمث
Dysarthria	عسر الكلام (شلل عضلات النطق) (عسر الحركة العضلية)
Parkinsonian dysarthria	عسر الكلام الباركنسوني
Hypokinetic dysarthria	عسر الكلام الناجم عن تدني الفعالية
Dyspepsia	عسر الهضم
Tardive dyskinesia	عسر حركة متأخر
Nervousness	عصبية
Gluteus maximus	العضلة الكبرى
Parenchymatous organs	عُضْوٌ مَتْنِيّ
Monotherapy	العلاج الأحادي
Second-line prophylaxis of migraines	علاج الخط الثاني الوقائي لداء الشقيقة
Chronic delusional parasitosis	علاج الداء الطفيلي التوهمّي المزمن
Longer-acting injectable therapy	العلاج الذي يؤخذ عن طريق الحقن والذي يتمتع بمفعول طويل الأجل
Prophylaxis of cluster headache	العلاج الوقائي من الصداع العنقودي
Alternative/adjunctive treatment	علاج بديل/مصاحب
Parenteral antipsychotic therapy	العلاج غير المعوي المضاد للذهان
Withdrawal-emergent neurological signs	العلامات العصبية الناجمة عن التوقّف
Paralytic ileus	العِلَّـوْص الشللي
Slowed intellectual functioning	العمل الفكري المتباطئ
If needed	عند الحاجة
If required / when necessary	عند الضرورة
If indicated	عندما يوصف/عند وصف الدواء/الجرعة
Chemotherapy-induced nausea or vomiting	الغثيان أو التقيّؤ الناتجين عن العلاج الكيميائي.
Blurred vision	غشاوة في النظر
Coma	الغيبوبة
Irreversible	غير قابل للعكس
Intervals	الفاصل الزمني/الفترة الزمنية الفاصلة
Listlessness	فتور الهمّة
Hypertonia	فرط التوتر/زيادة التوتر العضلي

Hyperkinesia	فرط الحراكية
Hyperpyrexia	فرط الحمّى
Hyperreflexia	فرط المنعكسات الوترية
Gingival hyperplasia	فَرْطُ تَنَسُّج اللِّثَة / ضخامة اللثة
Hyperacusis	فرط حسّ السمع
Nonthrombocytopenic purpura	فُرْفُرِيَّةٌ غَيْرُ قَلِيْلَةِ الصُّفَيحات
Thrombocytopenic purpura	فُرْفُرِيَّةُ قليلة الصُّفَيحاتِ
Electrophysiologic	الفسيولوجية الكهربائية
Congestive heart failure	فشل القلب الاحتقاني
Cumulative action	الفعل التراكمي
Amnesia	فقدان الذاكرة
Hemolytic anemia	فقر الدم الإنحلالي
Megaloblastic anemia	فَقْرُ الدَّم الضَّخْمُ الأَروماتِ
Simple anemia	فقر الدمَ العادي
Aplastic anemia	فقر الدم اللاتنسجي
IV	في الوريد
Vitamin B1	فيتامين ب١ (ثيامين)
Oral therapeutic multivitamin	الفيتامينات العلاجية المتعددة التي تُتناول عن طريق الفم
Tolerability	القدرة على التحمّل
Abnormal ejaculation	القذف غير الطبيعي
Tablet or solution	قرص أو محلول
Scarlatiniform	قرمزي الشكل
Priapism	القساح (انتصاب دائم ومؤلم)
Hypothyroidism	قصور (خمول) الغدة الدرقية
Abnormal vision	قصور في النظر
Cardiovascular	القلب والجهاز الدوري
Agranulocytosis	القِلَّةُ الخَبِيْثَةُ للكُرَيَّاتِ البِيْض
Chronic neutropenia	قلة العَدِلات المزمنة
Leukopenia / leucopenia	قِلَّةُ الكُرَيَّاتِ البيض / نقص الكريات البيض
Granulocytopenia	قِلَّةُ المُحَبَّبات / نقص المحببات
Nonpsychotic anxiety	القلق غير الذهاني
Hematemesis	القيء الدموي
Clinical assessment	القياس السريري
Carbonates	كاربونات
Magnesium sulfate	كبريتات الماغنيسيوم
Sulfites	الكبريتيت
Capsule	كبسولة
Eosinophilia	كثرة الأيوزينيات
Ecchymosis	الكدمات
Lassitude	كسل / تراخٍ
Nephrosis	الكلاء
Slurred speech	كلام متداخل / متقطّع (صعوبة في الكلام)
Aplasia	اللاتنسّج / عدم التنسّج
Arrhythmias	اللانظاميات القلبية
Cardiac glycoside-induced arrhythmias	اللانظاميات الناجمة عن الغلوكوزيد القلبي
Ophthalmic	ما يتعلّق بالعين

Incompatibility	متضارب/متعارض/لا يتمازج
Deafferentation pain syndromes	متلازمة إزالة التدفعات الواردة (الحسية)
Restless leg syndrome	متلازمة تململ الساقين
Irritable bowel syndrome	متلازمة تهيج الأمعاء/متلازمة تهيج القولون
Stevens-Johnson syndrome	مُتَلازِمة ستيفنز – جونسون
Wernike-Korsakoff syndrome	متلازِمة فيرنك كورساكوف
Mean dose	متوسط الجرعة
Neutrophil count	مجموع/عدد الخلايا العَدِلة
Neutral or alkaline solutions	المحاليل المتعادلة أو القلوية
IV fluid	المحلول الوريدي/الأدوية المعدّة للحقن الوريدي
Peculiar taste	مذاق غريب الطعم
Muscle relaxant	المرخي العضلي
Beriberi	مرض البري بري
Coronary artery disease	مرض الشرايين التاجية
Debilitating disease	المرض المُوهِن/الذي يؤدي إلى الوهن
Pediatric patients	المرضى الأطفال
AIDS patients receiving zidovudine	مرضى الإيدز الذي يتلقّون الزيدوفيدين
Patients with severe renal or hepatic impairment	المرضى الذين يعانون قصوراً حاداً في الكلى والكبد
Patients with cancer chemotherapy-induced	مرضى السرطان الذين يعانون قلة العَدِلات الناجمة عن
Neutropenia	العلاج الكيميائي
Epileptic patients	مرضى الصرع
Chronic patients	المرضى المزمنون
Elderly patients	المرضى المسنّون
Frail and cachectic patients	المرضى المصابون بالضعف والدنف
Resistant patients	المرضى المقاومون للدواء
Inpatients	المرضى المقيمين في المستشفى
Long-term psychiatric patients	المرضى النفسيّون على المدى الطويل
Outpatient settings	المرضى غير المقيمين في المستشفى
Troublesome	مزعج
Serum levels	مستويات المصل
Elderly	المسنّون
Disturbance of accommodation	مشكلات في تكيّف العين
Shuffling gait	المشية المتثاقلة
Staggering gait	مشية تَعثرية
Abnormal gait	مشية غير طبيعية
Emaciated	المُصابون بالهُزال
Debilitated	المُصابون بالوهن
Anticonvulsant	مضاد التشنج/مضاد الاختلاج
Anticonvulsant	مضادّ للتشنج/الاختلاج
Antipsychotic	مضاد للذهان
Antiarrhythmic agent	مضادات اضطراب انتظام ضربات القلب
Hematopoietic complications	مضاعفات تكوين الدم
Psychiatric manifestations	المظاهر النفسية
Maintenance treatment	معالجة صائنة/علاج مرحلة الصيانة
Usual therapeutic and maintenance range	معدّل الصيانة العلاجي المعتاد
Plasma therapeutic levels range	معدّل مستويات البلازما (مصل الدم) العلاجية

GI	المعدي – المعوي
Refractory to other treatments	المقاوم للعلاجات الأخرى
Decrements	مقدار التخفيف/تخفيف بمقدار/تخفيف الجرعة بمقدار
Increments	مقدار الزيادة/زيادة بمقدار/زيادة الجرعة بمقدار
Severe preeclampsia	مقدمة الارتعاج
Mcg/kg/day	مكغ/كلغ/يوم
Fatal	مميت/قاتل
MEq/L	ميللي مكافئ/ليتر
Hypokinetic	ناقص الحركة/تدني الفعالية
Ng/mL	نانوغرام/مل
Jitteriness	النرفزة
Hemorrhage into the GI tract	نزيف في السبيل المعدي– المعوي
Drowsiness	نعاس
Somnolence	نُعاس
Hypoplasia	نقص التنسّج
Thiamine deficiency	نقص الثيامين
Pancytopenia	نقص الخلايا الدموية الشامل
Thrombocytopenia	نقص/قِلَّةُ الصُّفَيحاتِ
Lethargy	النوام/الكسل
Myoclonic seizures	نوبات الارتجاج العضلي
Complex partial seizures	النوبات الجزئية المركبة
Seizures	نوبات الصرع/نوبات مرضية
Grand mal seizures	نوبات الصرع الكبيرة
Absence seizures	نوبات الغفوة الصرعية/نوبات الغياب
Acute manic and/or mixed episodes	نوبات حادة من الهوس و/أو النوبات المختلطة
Oculogyric crises	نوبات شخوص البصر
Epileptiform seizures	نوبات صرعية الشكل
Acute manic episodes of bipolar affective disorder	نوبات هوس حادة ناجمة عن الاضطراب العاطفي الثنائي القطب
Neuralgias	النورالجيا/الألم العصبي
Hot flashes،	الهبات الساخنة/هبات الحرارة
Orthostatic hypotension	هبوط الضغط الانتصابي
Hypotension	هبوط الضغط
Postural hypotension	هبوط الضغط الوضعي
Delirium	الهذيان
Visual hallucinations	الهلوسات البصرية
Bipolar mania	الهوس الثنائي القطب
Hydrochloride	هيدروكلورايد
Profuse	وافر/غزير
Ptosis	والإطراق
Mask-like faces	الوجه الخالي من التعابير
Edema (puffiness of face)	وذمة (تورّم الوجه)
Pulmonary edema	وذمة رئوية/وذمة الرئة
Angioneurotic edema	وَذَمَةٌ وعائِيَّةٌ عَصَبِيَّةٌ
Obsessions and compulsions	وساوس ودوافع قَهرية
Asthenia	الوهن
Myasthenia	الوهن العضلي

Myasthenia gravis	الوهن العضلي الوخيم/الوبيل
Oxidizing	يؤكسد/يتأكسد
Jaundice	اليرقان
Hepatocellular jaundice	يَرَقانٌ خَلَوِيٌّ كَبِدِيّ
Titrate to a maximum total dose of	يُزاد/يُعايَر للوصول إلى مجموع جرعة أقصاها
Used adjunctively in convulsive disorders	يُستعمل كعلاج مصاحب الاضطرابات التشنجية
Precipitating heart failure	يسرِّع/يعجّل قصور/فشل القلب
Lower initial doses and more gradual adjustments are recommended	يوصى بجرعات أولية أخفّ وتعديلات تدريجية أكثر

معجم المصطلحات الطبية: انكليزي - عربي

A 21-gauge needle	إبرة قياسها ٢١ جوج
A complete blood count	صورة الدم الكاملة / تحليل الدم الكامل
A gradual dosage tapering schedule followed	اتباع برنامج محدّد لإنقاص الجرعات تدريجياً
A sequential multiple analysis-١٢	تحليل تعاقبي متعدد
Abdominal cramping	تشنجات البطن
Abdominal pain	ألم البطن / ألم في البطن
Abnormal dreams	الأحلام المزعجة / غير الطبيعية
Abnormal ejaculation	القذف غير الطبيعي
Abnormal gait	مشية وحركة غير طبيعية
Abnormal involuntary movements	حركات لاإرادية غير طبيعية
Abnormal vision	قصور في النظر
Abnormalities in liver function	اختلالات في وظيفة الكبد
Absence seizures	نوبات الغفوة الصرعية / نوبات الغياب
Absolute dosage	الجرعة المطلقة
Acetates	أسيتات
Aching and sore throat	تقرّح وألم في الحنجرة
Acute alcohol withdrawal	توقّف حاد ومفاجئ عن شرب الكحول
Acute manic and/or mixed episodes	نوبات حادة من الهوس و/أو النوبات المختلطة
Acute manic episodes of bipolar affective disorder	نوبات هوس حادة ناجمة عن الاضطراب العاطفي الثنائي القطب
Acute suppurative parotitis	التهاب قيحي حاد في الغدة النكافية
Adenopathy	تضخم الغدة اللمفاوية
Administer	تناول / أخذ
Adolescent and geriatric dose	جرعة الشيخوخة والمراهقين
Adverse reactions	ردات الفعل العكسية
Agitation	الاهتياج
Agranulocytosis	القِلَّةُ الخَبِيْثَةُ للكُرَيَّات البِيْض
AIDS patients receiving zidovudine	مرضى الإيدز الذي يَتلقَّون الزيدوفيدين zidovudine
Akathisia	الزلز
Qlcoholism	الإدمان على الكحول
Qllergic reaction	تفاعل تحسسي

Alopecia	الثعلبة / الحاصّة
ALT increased	ارتفاع أنزيم الكبد آلانين أمينوترانسفيراز (ALT)
Qlternative/adjunctive treatment	علاج بديل / مصاحب
Amenorrhea	انقطاع الطمث
Amnesia	فقدان الذاكرة
Anaphylactic reaction	تَفاعُلٌ تَأَقِيّ
Angina pectoris	الذبحة الصدرية
Angioneurotic edema	وَذَمَةٌ وعائِيَّةٌ عَصَبِيَّةٌ
Anorexia	اضطراب فقدان الشهية
Antiarrhythmic agent	مضادات اضطراب انتظام ضربات القلب
Anticholinergic effects	تأثيرات مضادات الكولين / الأدوية المضادة للكولين
Anticonvulsant	مضاد التشنج / مضاد الاختلاج
Anticonvulsant	مضادّ للتشنج / الاختلاج
Antipsychotic	مضاد للذهان
Aplasia	اللاتنسّج / عدم التنسّج
Aplastic anemia	فقر الدم اللاتنسجي
Apnea	انقطاع النفس
Arrhythmias	اللانظاميات القلبية
Arteriosclerosis	تصلب الشرايين
Arthralgia	ألم المفاصل
As tolerated	بحسب القدرة على التحمّل
AST increased	ارتفاع أنزيم الكبد أسبرتات أمينوترانسفيراز (AST)
Asthenia	الوهن
Ataxia	الرنح (فقدان انتظام الحركة)
Back pain	ألم الظهر
Barbiturates	الباربيتورات
Beriberi	مرض البري بري
Bipolar disorder	الاضطراب الثنائيّ القطب
Bipolar mania	الهوس الثنائي القطب
Black tongue	اسوداد اللسان
Blackout spells	حالات فقدان الوعي
Blurred vision	غشاوة في النظر
Body tissue saturation	تشبع أنسجة الجسم
Borderline personality disorder	اضطراب الشخصية البينية (الحدية)
Bradycardia	بطء ضربات القلب
Branded generic name	الاسم العلمي التجاري
Breast engorgement	احتقان الثدي
Breast enlargement	تضخم الثدي
Bronchospasm	تشنّج قصبي
Bulimia nervosa	اضطراب النهم العصبي / الشراهة العصبية
Capsule	كبسولة
Carbonates	كاربونات
Cardiac arrhythmia	عدم انتظام ضربات القلب
Cardiac glycoside-induced arrhythmias	اللانظاميات الناجمة عن الغلوكوزيد القلبي
Cardiovascular	القلب والجهاز الدوري
Cardiovascular disease	أمراض القلب والجهاز الدوري

Changes in libido	تغيرات في الشهوة الجنسية
Changes in salivation	تغيرات في إفراز اللعاب
Chemotherapy-induced nausea or vomiting	الغثيان أو التقيّؤ الناتجين عن العلاج الكيميائي.
Chest pain	ألم الصدر
Cholestatic	ركود الصفراء
Chronic delusional parasitosis	علاج الداء الطفيلي التوهمّي المزمن
Chronic neutropenia	قلة العَدِلات المزمنة
Chronic patients	المرضى المزمنون
Circulatory collapse	انهيار الجهاز الدوراني
Citrates	سترات
Clinical assessment	القياس السريري
Clinical effect	التأثير السريري
Clinical response	الاستجابة السريرة
CNS	الجهاز العصبي المركزي
Coagulation	تخثّر
Cogwheel rigidity	صمل الدولاب المسنن
Coma	الغيبوبة
Complex partial seizures	النوبات الجزئية المركبة
Concomitant use	استعمال ملازم/مصاحب
Confusion	تشوّش
Confusional states	حالات من التشوش/الارتباك
Congestive heart failure	فشل القلب الاحتقاني
Conjunctivitis	التهاب الملتحمة
Convulsions	الاختلاجات/التشنجات
Copper ions	أيونات النحاس
Coronary artery disease	مرض الشرايين التاجية
Coronary atherosclerosis	تصلب الشرايين التاجية
Cumulative action	الفعل التراكمي
Cyanosis	الزراق/ازرقاق اللون
Deafferentation pain syndromes	متلازمة إزالة التدفعات الواردة (الحسية)
Deafness	الصمم
Debilitated	المُصابون بالوهن
Debilitating disease	المرض المُوهِن/الذي يؤدي إلى الوهن
Decrements	مقدار التخفيف/تخفيف بمقدار/تخفيف الجرعة بمقدار
Degenerative changes	تغيّرات تنكسية
Delirium	الهذيان
Delusions	توهـّمات
Depot neuroleptics	أدوية الديبوت المضادة للذهان
Dermatologic	جلدية
Dextrose	دكستروز
Diabetes insipidus	السكري الكاذب
Diaphoresis	التعرّق الغزير
Dilatation of the colon	تمدد القولون
Dilatation of the urinary tract	توسيع/توسّع مسالك البول
Dilated pupils	توسع حدقة العين
Diplopia,	الشفع (ازدواج الرؤية)

Disorientation	الضياع الزمانيّ – المكانيّ
Disturbance of accommodation	مشكلات في تكيّف العين
Disturbances of coordination	اضطرابات التناسق
Disturbed behavior	السلوك المضطرب
Disturbed concentration	اضطراب في التركيز
Dizziness	دوار
Dose adjustment	تعديل الجرعة
Downbeat nystagmus	رَأْرَأَةٌ سُفْلِيَّة
Drooling	سيلان اللعاب
Drowsiness	نعاس
Drug abuse and dependence	تعاطي المخدرات والإدمان عليها/سوء استعمال الدواء والإدمان عليه
Dry mouth	جفاف الفم
Dry skin	جفاف البشرة/الجلد
Dysarthria	عسر الكلام (شلل عضلات النطق) (عسر الحركة العضلية)
Dyskinetic movements	حركات عسيرة
Dysmenorrhea	عسر الطمث
Dyspepsia	عسر الهضم
Dyspnea	الزلة التنفسية/ضيق التنفس/عسر التنفس
Dystonia	خلل التوتر العضلي
Dysuria	عسر البول
Ecchymosis	الكدمات
Eczema	الاكزيما
Edema (puffiness of face)	وذمة (تورّم الوجه)
Edematous swelling of ankles or wrists	تورّم وذمي في الكاحلين والمعصمين
Elderly	المسنّون
Elderly patients	المرضى المسنّون
Electrocardiogram (ECG) changes	تغيّرات في مخطط القلب الكهربائي
Electrocardiographic changes	تغيّرات في تخطيط رسم كهرباء القلب
Electrophysiologic	الفسيولوجية الكهربائية
Emaciated	المُصابون بالهُزال
Emotional disturbances	الاضطلابات العاطفية
Eosinophilia	كثرة الأيوزينيات
Epigastric distress	ألم في منطقة الشرسوف/الضيق الشرسوفي
Epilepsy	الصرع
Epileptic patients	مرضى الصرع
Epileptiform seizures	نوبات صرعية الشكل
Epistaxis	الرعاف
Eructation	تجشؤ
Erythematous rash	الطفح الحمامي
Essential tremor	رعشة اليد الأولية
Euphoria	الشعور بالنشاط والخفة
Euthyroid goiter	الجويتر/الدراق/تضخم الغدة الدرقية
Exacerbation of preexisting psychotic symptoms	استفحال/تفاقم الأعراض الذهانية الموجودة أصلاً/السابقة الوجود
Exacerbation of psychotic symptoms	تفاقم/استفحال الأعراض الذهانية

Excessive salivation	إفراز مفرط للّعاب
Excessive weight gain	زيادة مفرطة في الوزن
Excitement	إثارة/اهتياج
Exertional angina	الذبحة الجهدية/الإجهادية
Exfoliative dermatitis	التهاب الجلد التقشري
Extrapyramidal	خارج الهرمية
Extrapyramidal symptoms (EPS)	الأعرض خارج الهرمية
Faintness	الإغماء
Familial Tremor	
Fatal	مميت/قاتل
Fatigue	تعب
Flatulence	التطبّل (امتلاء البطن بالغازات)
Flushed facies	احمرار الوجه
Folic acid	حمض الفوليك
Frail and cachectic patients	المرضى المصابون بالضعف والدنف
Galactorrhea	ثرّ الحليب
Gastric distress	اضطراب المعدة/ضيق في المعدة
Gastritis	التهاب المعدة
Gastrointestinal disturbances	الاضطرابات المعوية المعدية
Generalized anxiety disorder	اضطراب القلق العام
GI	المعدي المعوي
Giddiness	الدوار
Gingival hyperplasia	فَرْطُ تَنَسُّجِ اللِّثَة/ضخامة اللثة
Glossitis	التهاب اللسان
Gluteus maximus	العضلة الكبرى
Gradual withdrawal	التوقّف التدريجي
Grand mal seizures	نوبات الصرع الكبيرة
Granulocytopenia	قِلَّةُ المُحَبَّبات/نقص المحببات
GU	الجهاز البولي التناسلي
Gum massage	التدليك بالعلكة
Gynecomastia	تثدّي الرجل
Hangover	صداع الخمور/الكحول
Headache	الصداع
Heat stroke	السكتة القلبية
Hematemesis	القيء الدموي
Hematologic	خاصّ/متعلق بالدم
Hematopoietic complications	مضاعفات تكوين الدم
Hemolytic anemia	فقر الدم الإنحلالي
Hemorrhage into the GI tract	نزيف في السبيل المعدي – المعوي
Hepatitis	التهاب الكبد
Hepatocellular jaundice	يَرَقانٌ خَلَوِيٌّ كَبِدِيّ
Hot flashes	الهبات الساخنة/هبات الحرارة
Hydrochloride	هيدروكلورايد
Hyperacusis	فرط حسّ السمع
Hyperirritability	سرعة الغضب والانفعال المفرطة
Hyperkinesia	فرط الحراكية

Hyperpyrexia	فرط الحمّى
Hyperreflexia	فرط المنعكسات الوترية
Hypersalivation	إفرازمفرط اللعاب
Hypertension	ارتفاع الضغط
Hyperthermia	ارتفاع درجة الحرارة في الجسم
Hypertonia	فرط التوتر/زيادة التوتر العضلي
Hypertrophic subaortic stenosis	التضيّق الضخامي في الصمام الأورطي
Hypokinetic	ناقص الحركة/تدني الفعالية
Hypokinetic dysarthria	عسر الكلام الناجم عن تدني الفعالية
Hypoplasia	نقص التنسّج
Hypotension	هبوط الضغط
Hypotensive effects	آثار تؤدي إلى هبوط الضغط
Hypothyroidism	قصور (خمول) الغدة الدرقية
Idiopathic parkinsonism	باركنسونية مجهولة السبب
Idiosyncrasy	حساسية ذاتية
If indicated	عندما يوصف/عند وصف الدواء/الجرعة
If needed	عند الحاجة
If required / when necessary	عند الضرورة
IM injection	حقنة في العضل
Impotence	العجز الجنسي
Impotence/sexual dysfunction	العجز الجنسي/اختلال الوظيفة الجنسية
Incompatibility	متضارب/متعارض/لا يتمازج
Incontinence of urine or feces	سلس البول أو الغائط
Incoordination	عدم التناسق
Increase dosage fairly rapidly	تُزاد الجرعة بشكلٍ سريع إلى حدٍّ ما
Increased appetite	ازدياد الشهية
Increased blood pressure/hypertension	ارتفاع ضغط الدم/ارتفاع الضغط
Increased depth of respiration	ازدياد عمق التنفس
Increased perspiration	ازدياد التعرّق
Increased risk of bleeding	ازدياد،ارتفاع خطر النزف/النزيف/الإدماء
Increments	مقدار الزيادة/زيادة بمقدار/زيادة الجرعة بمقدار
Indigestion	سوء الهضم
Individuals with marginal thiamin status	ذوو المستويات المتدنية من الثيامين
Initial dose	الجرعة الأولية
Initial oral dose	الجرعة الأولية عن طريق الفم
Inpatients	المرضى المقيمين في المستشفى
Insomnia	الأرق
Intervals	الفاصل الزمني/الفترة الزمنية الفاصلة
Involuntary movements of tongue, face, mouth or jaw	حركات لاإرادية للّسان، أو الوجه، أو الفمّ، أو الفكّ
Irreversible	غير قابل للعكس
Irritability associated with autistic disorder	سرعة الانفعال والغضب التي تترافق مع الاضطراب التوحدي
Irritable bowel syndrome	متلازمة تهيج الأمعاء/متلازمة تهيج القولون
Ischemic colitis	الْتِهابُ القولونِ الإِقْفارِيُّ
Isolated cases/instances	حالات نادرة
IV	في الوريد
IV doses	الجرعات الوريدية/جرعات الأدوية المعدّة للحقن الوريدي

IV fluid	المحلول الوريدي/الأدوية المعدّة للحقن الوريدي
Jaundice	اليرقان
Jitteriness	النرفزة
Junctional epidermolysis bullosa	انحلال الجلد الفقاعي المتصل
Lactation	إفراز الحليب
Laryngospasm	تشنج الحنجرة
Lassitude	كسل/تراخٍ
Leg cramps	تشنج الأرجل
LE-like reactions	التفاعلات الجلدية الشبيهة بالذئبة الحمراء
Lethargy	النوام
Leukocytosis	ارتفاع/كثرة كريات الدم البيضاء
Leukopenia / leucopenia	قِلَّةُ الكُرَيَّاتِ البيض/نقص الكريات البيض
Lightheadedness	دوخة
Listlessness	فتور الهمّة
Lithium toxicity	سمّية الليثيوم
Loading dose	جرعة التحميل
Longer-acting injectable therapy	العلاج الذي يؤخذ عن طريق الحقن والذي يتمتع بمفعول طويل الأجل
Long-term psychiatric patients	المرضى النفسيّون على المدى الطويل
Lower initial doses and more gradual adjustments are recommended.	يوصى بجرعات أولية أخفّ وتعديلات تدريجية أكثر
Lowest effective maintenance level	أدنى مستوى صيانة فعَّالة
Lymphadenopathy	اعتلال الغدة اللمفاوية/الاعتلال العقدي اللمفي
Macrocytosis	داء الكريات الضخمة
Maculopapular and acneiform skin reactions	ردود فعل جلدية مثل الطفح الجلدي الحطاطي الفقاعي/البقعي والطَفَحٌ عُدي الشكل
Magnesium sulfate	كبريتات الماغنيسيوم
Maintenance dosage	جرعة الصيانة
Maintenance medication	دواء الصيانة
Maintenance treatment	معالجة صائنة/علاج مرحلة الصيانة
Malabsorption	سوء الامتصاص
Malaise	توعّك/ضيق/انزعاج
Male impotence	العجز الجنسي لدى الرجال
Mask-like facies	الوجه الخالي من التعابير
Mastalgia	ألم الثدي
Mcg/kg/day	مكغ/كلغ/يوم
Mean dose	متوسط الجرعة
Megaloblastic anemia	فَقْرُ الدَّم الضَّخْمُ الأَرومات
Memory impairment	خلل في الذاكرة
Menstrual irregularities	عدم انتظام الدورة الشهرية
Mental confusion	التشوّش الذهني
Mental depression	الاكتئاب النفسي
Mental Disorders	الاضطرابات النفسيّة
MEq/L	ميللي مكافئ/ليتر
Mesenteric arterial thrombosis	خثار الشِّرْيانُ المَساريقِيُّ
Metabolic/Nutritional	أيضي/غذائي

Metallic taste	الطعم المعدني في الفم
Monocytosis	داء الوحيدات/زيادة الوحيدات
Monotherapy	العلاج الأحادي
Morbilliform skin eruptions	الطفح الجلدي الحصبي الشكل
More susceptible to	أكثر عرضة لـ
Motor restlessness	تململ حركي
Motor twitching	ارتعاش/ارتجاف حركي
Multifocal tic disorders	اضطراب العرّات المتعدّد البؤر
Muscle relaxant	المرخي العضلي
Muscle twitching	ارتعاش/ارتجاف في العضلات
Muscular weakness	ضعف في العضلات
Myalgia	ألم في العضلات (الميالجيا)
Myasthenia	الوهن العضلي
Myasthenia gravis	الوهن العضلي الوخيم/الوبيل
Mydriasis	توسّع الحدقة/البؤبؤ
Myoclonic seizures	نوبات الارتجاج العضلي
Nasal congestion	احتقان الأنف
Nephrosis	الكلاء
Nervousness	عصبية
Neuralgias	النورالجيا/الألم العصبي
Neuritis of pregnancy	التهابات الأعصاب أثناء فترة الحمل (المرافق للحمل)
Neuroleptic drugs	الأدوية المضادة للذهان/المهدّئات النفسية
Neuromuscular reactions	ردود فعل عصبية عضلية
Neutral or alkaline solutions	المحاليل المتعادلة أو القلوية
Neutrophil count	مجموع/عدد الخلايا العَدِلة
Ng/mL	نانوغرام/مل
Nocturnal enuresis	التبول الليلي اللاإرادي
Nonpsychotic anxiety	القلق غير الذهاني
Nonsteroidal anti-inflammatory drugs NSAIDs	الأدوية/العقاقير غير الستيرودية المضادة للالتهابات
Nonthrombocytopenic purpura	فُرْفُرِيَّةٌ غَيْرُ قَلِيْلَةِ الصُّفَيحات
Obsessions and compulsions	وساوس ودوافع قهرية
Ocular changes	تغيّرات تتعلّق بالعين
Ocular pressure	ضغط العين
Oculogyric crises	نوبات شخوص البصر
Oculomotor disturbances	اضطرابات حركية العين
Ophthalmic	ما يتعلّق بالعين
Opisthotonos	التشنّج الظهري
Optimal patient response	استجابة المريض المُثلى
Optimum response	الاستجابة المثلى
Optimum dosage	الجرعة المُثلى
Oral intake	استهلاك/تناول عن طريق الفم
Oral therapeutic multivitamin	الفيتامينات العلاجية المتعددة التي تُتناول عن طريق الفم
Orally disintegrating tablets	الأقراص التي تتحلل عن طريق الفم
Orthostatic hypotension	هبوط الضغط الانتصابي
Osteomalacia	تلين العظام
Otitis media	التهاب الأذن الوسطى

Outpatient settings	المرضى غير المقيمين في المستشفى
Oxidizing	يؤكسد/يتأكسد
Palpitation	خفقان القلب بسرعة وبقوة (الوجيب)
Pancreatitis	التهاب البنكرياس
Pancytopenia	نقص الخلايا الدموية الشامل
Panic disorder	اضطراب الذعر
Paralysis	الشلل
Paralytic ileus	العلــَّوْص الشللي
Parenchymatous organs	عُضْوٌ مَتْنِيّ
Parenteral antipsychotic therapy	العلاج غير المعوي المضاد للذهان
Paresthesia	تشوش الحس
Parkinsonian dysarthria	عسر الكلام الباركنسوني
Parkinson-like symptoms	أعراض شبيهة بأعراض الباركنسون
Parotid swelling	تضخم الغدة النكفية
Patients with cancer chemotherapy-induced neutropenia	مرضى السرطان الذين يعانون قلة العَدِلات الناجمة عن العلاج الكيميائي
Patients with severe renal or hepatic impairment	المرضى الذين يعانون قصوراً حاداً في الكلى والكبد
Peculiar taste	مذاق غريب الطعم
Pediatric patients	المرضى الأطفال
Periodontal abscess	خُراج دواعم السن
Peripheral circulatory collapse	الانهيار الدوراني المحيطي
Peripheral neuritis	التهاب الأعصاب المحيطية
Personality disorder	اضطراب الشخصية
Pharmacokinetic	الحركية الدوائية
Pharyngitis	التهاب البلعوم أو الحلق
Pharynx	البلعوم
Photosensitivity	الحساسية للضوء
Photosensitization	التحسس الضوئي
Pillrolling motion	رعاش لفّ الأقراص
Plasma therapeutic levels range	معدّل مستويات البلازما (مصل الدم) العلاجية
Pneumonia	ذات الرئة
Pneumonitis	التهاب الرئة/الالتهاب الرئوي
Poor memory	ضعف في الذاكرة
Postencephalitic parkinsonism	بَارْكِنْسُونِيَّةٌ تالِيَةٌ لالْتِهابِ الدِّماغ
Postherpetic neuralgia	أَلَم عَصَبِيّ تالٍ للهِرْبِس
Posttraumatic stress disorder	اضطراب الضغط الناتج عن صدمة
Postural hypotension	هبوط الضغط الوضعي
Precipitating heart failure	يسرِّع/يعجّل قصور/فشل القلب
Predisposition to extrapyramidal reactions	استعداد لردود الفعل خارج الهرمية
Premenstrual tension	توتّر ما قبل الدورة الشهرية/توتّر ما قبل الحيض
Priapism	القساح (انتصاب دائم ومؤلم)
Profuse	وافر/غزير
Prophylaxis of cluster headache	العلاج الوقائي من الصداع العنقودي
Pruritus	الحكة/الحكاك
Pseudoparkinsonism	باركنسونية كاذبة
Psoriasiform rashes	طفح صدافي الشكل

Psychiatric manifestations	المظاهر النفسية
Psychic or physical dependence	إدمان نفسي أو جسدي
Psychomotor retardation	تأخّر/ تخلّف حركي نفسي
Psychotic disorders	الاضطرابات الذهانية
Psychotropic	دواء نفسي التأثير/ موجّه نفساني
Ptosis	والإطراق
Pulmonary edema	وذمة رئوية/ وذمة الرئة
Pulmonary hypersensitivity	الحساسية الرئوية المفرطة
Rash	طفح الجلدي
Raynaud phenomenon	ظاهرة رينو
Recessive dystrophic epidermolysis bullosa	انحلال الجلد الفقاعي العميق المتنحي
Recurrent suicidal behavior	سلوك انتحاري متواتر/ مرتدّ/ متكرّر
Reducing agent	عامل مختزل
Refractory to other treatments	المقاوم للعلاجات الأخرى
Relapse	انتكاس/ نكسة
Remission	التسكين/ تخفيف حدّة المرض
Residual sedation	أثر التخدير/ الخدر المتبقي
Resistant patients	المرضى المقاومون للدواء
Respiratory depression	ضعف التنفس
Respiratory distress	ضيق التنفس/ ضائقة تنفسية
Restless leg syndrome	متلازمة تململ الساقين
Restlessness	تململ
Rhinitis	التهاب الأنف
Salivary gland swelling	تضخم الغدة اللعابية
Scarlatiniform	قرمزي الشكل
Scattered punctate cortical lens opacities	عتامة عدسية قشرية شبيهة بالنقاط المتفرقة
Second-line prophylaxis of migraines	علاج الخط الثاني الوقائي لداء الشقيقة
Sedation	تخدير/ خدر/ تسكين
Seizure disorders	اضطرابات نوبات الصرع
Seizures	نوبات الصرع/ نوبات مرضية
Serotonin reuptake	استرجاع السيروتونين
Serum levels	مستويات المصل
Severe preeclampsia	مقدمة الارتعاج
Short-acting medication	الأدوية ذات المفعول القصير الأجل
Shuffling gait	المشية المتثاقلة
Simple anemia	فقر الدم العادي
Simple tachycardia	تسارع بسيط في نبضات القلب
Sinus node dysfunction	أمراض الجيب الأذيني
Sinusitis	التهاب الجيوب الأنفية
Skin eruption	الطفح الجلدي
Skin reactions	ردود فعل جلدية
Slowed intellectual functioning	العمل الفكري المتباطئ
Slurred speech	كلام متداخل/ متقطّع (صعوبة في الكلام)
Somnolence	نُعاس
Spasm of the neck muscles	تشنج عضلات الرقبة
Speech disturbances	اضطرابات في الكلام

Staggering gait	مشية تَعثرية
Startled response	استجابة جفلة
Status epilepticus	الحالة الصرعية
Stevens-Johnson syndrome	مُتَلازِمة ستيفنز – جونسون
Stomatitis	التهابَ أنسجة الفم
Stupor	ذهول/خدر
Sudden discontinuance	الانقطاع المفاجئ
Sulfites	الكبريتيت
Syncope	إغماء/غشي
Tablet or solution	قرص أو محلول
Talkativeness	ثرثرة/كثرة الكلام
Tardive dyskinesia	عسر حركة متأخر
Taste perversion	تغيّر الطعم في الفم
Temporary symptoms	أعراض مؤقتة
Tenderness and induration	الإيلام/المضض والجسوء
Tension Dermatitis	إلتهاب الجلد الناجم عن التوتر
Testicular swelling	تورّم خصيوي
Therapeutic serum concentrations	تركّزات المصل العلاجية
Thiamine deficiency	نقص الثيامين
Thiamine HCl	حقنة هيدروكلورايد الثيامين
Thiamine HCl injection	حقن هيدروكلورايد الثيامين
Thrombocytopenia	نقص/قِلَّةُ الصُّفَيحات
Thrombocytopenic purpura	فُرْفُرِيَّةٌ قليلة الصُّفَيحَاتِ
Tics	العرّات
Tightness of the throat	ضيق في الحنجرة
Tinnitus	طنين (الأذن)
Titrate to a maximum total dose of	يُزاد/يُعاير للوصول إلى مجموع جرعة أقصاها
Tolerability	القدرة على التحمّل
Tourette disorder	اضطراب توريت
Toxic epidermal necrolysis	انحلال البشرة النخري السمي
Toxic psychosis	الذهان السام
Transient hyperglycemia	ارتفاع عابر لمستوى السكر في الدم
Transient situational stress	الضغط المرحلي العابر
Tremor	الرجفة
Tremulousness	الرجفة/الارتعاش
Trigeminal neuralgia / tic douloureux	ألم العصب مثلث التوائم
troublesome	مزعج
Unlabeled uses	استعمالات غير مصنَّفة
Until maximum therapeutic benefit is achieved	حتى تحقيق الفائدة العلاجية القصوى
Until symptoms are controlled	إلى أن تتمّ السيطرة على الأعراض
urinary frequency	تكرار/تواتر التبوّل
Urinary incontinence	سلس البول
Urinary retention	احتباس البول
Urticaria	الشرى
Urticarial rashes	طفح شروي
Used adjunctively in convulsive disorders	يُستعمل كعلاج مصاحب الاضطرابات التشنجية

Usual therapeutic and maintenance range	معدّل الصيانة العلاجي المعتاد
Vaginitis	التهاب المهبل
Vertigo	دوار/دوخة
Visual hallucinations	الهلوسات البصرية
Vitamin B1	فيتامين ب١ (ثيامين)
Weakness	ضعف
Weight gain	زيادة الوزن
Weight loss	خسارة الوزن
Wernicke's encephalopathy	اعْتِلاَلٌ دِماغِيٌّ فِيرْنيكِيّ/متلازمه التلف الدماغي الفيرنكي
Wernike-Korsakoff syndrome	متلازمة فيرنك كورساكوف
Withdrawal-emergent neurological signs	العلامات العصبية الناجمة عن التوقّف
Worsening of organic brain syndromes	تفاقم المتلازمات الدماغية العضوية

التعريف الاجرائي للصحة النفسية

التعريف الإجرائي للصحة النفسية
لبرنامج: «الصحة النفسية لجيل جديد في المنطقة العربية»

المنطلقات

«إن الصحة هي حالة من اكتمال السلامة بدنيًا وعقليًا واجتماعيًا لا مجرد انعدام المرض أو العجز.

وبلوغ أعلى مستوى ممكن من الصحة والاستقرار هو حق إنساني أساسي من حقوق الإنسان، بغض النظر عن اللون أو العرق، أو الدين أو الانتماء الاجتماعي والطبقي أو السن، أو القدرات، أو التوجّه الجنسي؛ كما أنه الهدف الاجتماعي العالمي الأهم الذي يتطلب تحقيقه جهودَ قطاعات اجتماعية واقتصادية عدة بالإضافة إلى القطاع الصحي»[1].

«تشكّل الصحة انعكاساً لالتزام المجتمع بالمساواة والعدل، لذلك ينبغي تفضيلها على الاهتمامات الاقتصادية والسياسية.

تسبّب الحروب والعنف والأزمات عوامل خطر تدمر المجتمعات وتؤثر بشكل كبير على صحة أفرادها الجسدية والنفسية»[2]. من هنا، أهمية تحريك الجماعات لتنمية الشباب وتعزيز قدراتهم التي تحميهم من الأخطار المشابهة التي قد تؤثر في صحتهم.

إن تنمية الشباب عملية مستمرة، يبحث خلالها الأطفال والمراهقون عن طرق لتحقيق حاجاتهم الشخصية وبناء القدرات الضرورية لتأدية وظائفهم بشكل فعال في حياتهم اليومية. وهي عملية تبنى على قدرات الأطفال والمراهقين وبالتالي تحرّك الموارد المتوفرة في المجتمع المحلي.

يندرج ترويج الصحة النفسية ضمن نطاق تعزيز الصحة والتنمية الشبابية الإيجابية إلى جانب العناية بالأفراد ذوي المشكلات النفسية وعلاجهم وإعادة تأهيلهم.

---

(١) تعريف ألما آتا للصحة، المؤتمر الدولي حول الرعاية الصحية ١٩٧٨، http://www.phmovement.org/pdf/charter

(٢) تجمّع شباب صحة الشعوب، ميثاق الشعوب من أجل الصحة، النسخة العربية، ٢٠٠١
http://www.phmovement.org/pdf/charter/phm-pch-arabic/pdf

تحديد

لكلّ فرد احتياجات صحية نفسية، بغض النظر عن كونه يعاني اضطراباً نفسيًا أم لا. وتعتبر صحة المجتمع النفسية الايجابية، المبنية على التقبّل والتقدير والمرونة والدعم الاجتماعي والمساواة والعدالة، أساسية لصحة الفرد النفسية الايجابية ورفاهه.

إن صحة الفرد النفسية هي حالة من اكتمال السلامة، حيث يدرك الفرد قدراته وموارده الخاصة، ويستخدمها في مواجهة ضغوط الحياة اليومية والعمل بشكل منتج ومثمر، والمشاركة الفعالة في مجتمعه. إنها حالة من المرونة العاطفية والروحية التي تمكّن الفرد من الاستمتاع بالحياة، وأخذ قرارات صائبة تتعلق بأسلوب حياته كما تساعده في مواجهة الظروف الصعبة.

بالتالي، فإن الصحة النفسية حالة من التوازن الملائم بين الفرد ومجتمعه ومحيطه الأوسع حيث يمكنه استخدام مهاراته وقدراته وموارده والعمل من أجل حياة أفضل له ولمجتمعه.

صحة الشباب النفسية

يشكل الشباب جزءاً مكملاً للعائلة والمجتمع والبيئة، لذا ينبغي، من أجل تعزيز صحتهم وعافيتهم، الاهتمام بالظروف المحيطة بهم التي تؤثّر على حياتهم.

إن معظم المشكلات النفسية لدى الأطفال والمراهقين تأتي نتيجة عوامل فردية وعائلية وبيئية وغيرها من العوامل المحيطة، وتظهر في صورة مشكلات عاطفية وسلوكية، وتتكشف في أماكن متنوعة مثل المنزل والمدرسة والمجتمع. كما أنها قد تشلّ الأداء الاجتماعي والأكاديمي والعائلي للطفل والمراهق في المجتمع بشكل كبير.

فالأطفال والمراهقون يعملون بشكل أفضل في بيئة تشجع التفاعل مع أقرانهم الذين يُظهرون سلوكات وخيارات صحيحة.

تؤدي التنمية الشبابية الايجابيية إلى صحة نفسية مجتمعية وفردية سليمة. فهي تركّز على تهيئة الشباب بشكل كامل لعيش حياة ناجحة وسعيدة وصحية، كشباب وكراشدين، إضافة إلى التغلب على الظروف الصعبة؛ بدلا من التركيز فقط على التأكد من عدم تورط الشبان بسلوكيات محفوفة بالمخاطر. ومن هنا تساهم استراتيجيات وأنشطة التنمية الشبابية الايجابية في تعزيز الصحة النفسية الايجابية (السليمة).

بالتالي، «الصحة النفسية الايجابية (السليمة) هي حالة من اكتمال السلامة نفسيًا ومعنويًا وعقليًا؛ فهي تشير إلى ميزات الإنسان (في هذه الحالة الأطفال والمراهقون) ومهاراته الحياتية مثل الإدراك في الأداء، واحترام الذات، والمهارات المجتمعية ومهارات حل المشكلات، والقدرة على التحكّم بضغوط بسيطة وتغيرات حياتية، والتأثير على بيئته المجتمعية، والإنتاجية في العمل، والمشاركة في مجتمعه»[٣].

ينجح الأطفال والمراهقون الذين يتمتعون بصحة نفسية جيدة في خلق توازن بين عافيتهم الجسدية والنفسية والاجتماعية والحفاظ على هذا التوازن. كما يتمتعون بعلاقات سليمة مع عائلاتهم وأقرانهم، ويملكون القدرة على الإنتاجية والتعلّم، وعلى مواجهة تحديات النمو وتخطي الظروف الصعبة واستعمال الموارد الثقافية لبلوغ أقصى حد من النمو.

وبالتالي فإن التنمية الشبابية الايجابية تساعدهم على أن يصبحوا مواطنين مستقلين وملتزمين.

(٣) (Jane-Lopez et al. What makes mental health promotion effective? Promotion and Education, 2005(2): 47-54).

«تعزّز التنمية الشبابية الإيجابية الخصائص الست كونها الخصائص التي يحتاجها جميع الشباب لدى انتقالهم إلى العقد الثاني من عمرهم، وهي:

١ – الاهتمام/التعاطف مع الغير

٢ – الكفاءة

٣ – الثقة

٤ – التواصل مع الآخرين

٥ – الميزات الشخصية

٦ – المساهمة»[٤]

«غير أن وقاية الشباب من السلوكيات المحفوفة بالمخاطر الكبيرة مختلفة تمامًا عن تحضيرهم للمستقبل. فالمراهق الذي يذهب إلى المدرسة ويخضع لقوانينها ويتجنب المخدرات ليس مؤهلاً بالضرورة لمواجهة متطلبات سن الرشد الصعبة. إن عدم وجود المشاكل لا يعني التهيؤ للمستقبل»[٥].

تعزيز الصحة النفسية

يتضمن تعزيز الصحة النفسية أي عمل يهدف إلى تحسين الصحة النفسية للأفراد والعائلات والمنظمات والمجتمعات النفسية. وهذه العملية تمكّن الناس من التحكم بأمور حياتهم وصحتهم النفسية ورفاههم.

يتعلّق تعزيز الصحة النفسية أساسًا بإجراء تغييرات في المجتمع تؤدي إلى تحسين الصحة النفسية لأفراده. يمكن إدراج هذه الاستراتيجيات ضمن أربعة مستويات وهي:

- **الفرد:** تشجيع الموارد الفردية وتطويرها عبر تعزيز التدخلات من أجل احترام الذات والتكيّف والجزم في مجالات مثل الوالدية أو مكان العمل أو العلاقات الشخصية. تعزيز رضا الفرد بحياته وثقته بنفسه وتشجيع المشاركة الفعّالة في أنشطة مختلفة.
- **العائلة:** تحديد قدرات العائلة ومواردها ونقاط قوّتها والبناء عليها للاستفادة من العلاقات والروابط العائلية القوية التي تؤمن عوامل حامية للأطفال والشباب.
- **المجتمع:** تعزيز الترابط الاجتماعي، وتطوير بنى داعمة تعزّز الصحة النفسية في أماكن العمل والمدارس والأحياء. إذ يعتبر خلق علاقات ثابتة مع العائلات والمعلمين وموظفي المدارس الآخرين أمرًا أساسيًا لتعزيز الرعاية والخدمات والأنشطة اللا–صفيّة (ما بعد المدرسة). ويساعد التنسيق وتبادل المعلومات بين المدارس والعائلات ومؤمّني الرعاية و الخدمات على خلق محيط داعم للتعلُّم والنمو.
- **الحكومة:** خفض العقبات الاجتماعية والاقتصادية على المستوى الحكومي عبر تعزيز خدمات الصحة النفسية لتصل إلى جميع من يحتاج إليها ودعم المواطنين المهمّشين، وبالتالي تخفيض العقبات الهيكلية للصحة النفسية، بالإضافة إلى المساعدة في بناء بيئة داعمة تعزز تنمية الأطفال والشباب الايجابية.

---

(٤) Pittman K. et al.Preventing Problems or Promoting Development: Competing Priorities or Inseparable Goals?. Center for Youth Development and Policy Research, Academy for Educational Development, 1995

(٥) Prevention and Treatment, American Psychological Association, 2003(6):16.
www.journals.apa.org/prevention/volume6.html

يركِّز تعزيز الصحة النفسية على تحسين نوعية الحياة، وخلق نظم داعمة للمجتمع ومحاربة التمييز والوصم وتعزيز العوامل الحامية للصحة النفسية. ونظرًا إلى كون الموضوع مركبًا جدًا، يتطلب تعزيز الصحة النفسية طرق تفكير جديدة ومقاربات مبتكرة.

تشدد مقاربة تنمية المجتمع للصحة النفسية على مشاركة المجتمع والاعتماد على النفس، عن طريق تحمّل الأفراد والعائلات والمجتمعات مسؤولية أكبر من أجل رعاية صحتهم النفسية وتعزيزها.

إذ يساعد تشجيع المجتمع على الإمساك بزمام الأمور في ما يتعلق بتعزيز مبادرات الصحة النفسية على تجنيد الموارد البشرية والمادية الوطنية الضرورية لإحداث تغيير مستدام في المجتمع.

لا شك في أنه علينا تغيير نظرتنا إلى الصحة النفسية بشكل عام. إذ إن مسؤولية تعزيز الصحة النفسية الايجابية لا تنحصر في القطاع الصحي وحده، بل إنها مسؤولية ورسالة أوسع بكثير وتتضمن الأسرة والمدرسة ومكان العمل والمجتمع.

تحتاج استراتيجيات تعزيز فعال للصحة النفسية إلى المشاركة مع مجموعة واسعة من الخدمات ومبادرات تنمية المجتمع التي تجتاز التدخلات المبكرة والخدمات العلاجية لتصل إلى ما بعد العناية وإعادة التأهيل.

تتضمن أنشطة تعزيز الصحة النفسية

- التدريب والتشجيع على خدمة المجتمع وتقديم الخدمات. تساعد هذه الخدمات الشباب على تنمية مهاراتهم ومرونتهم الاجتماعية الضرورية لتفادي السلوكيات الخطرة.
- برامج دعم الأقران/الأصحاب
- الفنون الترفيهية والأنشطة الخلاقة
- الأنشطة الاستشارية
- العمل المجتمعي مع منظمات ومدارس من أجل بناء شبكة دعم وطرق رعاية وخدمات وفرص ملائمة ثقافياً، تُعنى بكامل أوجه حاجات الأطفال و الشباب.
- تطوير خدمات مجتمعية يستفيد منها كل من هو بحاجة إليها.
- دمج خدمات الصحة النفسية في العناية الصحية الأولية وفي خدمات اجتماعية أخرى.
- تأمين العناية للأشخاص غير القادرين على اتخاذ قرارات متعلقة بصحتهم بسبب إصابتهم بمشكلات أو تحدّيات عقلية.
- تأمين الحد الأدنى من المتطلبات لحجم الخدمات ومجالها وطبيعتها.
- تأمين التنسيق بين أنواع الرعاية والخدمات المختلفة
- تطوير معايير التوظيف والموارد البشرية
- تطوير معايير لنوعية العناية والإشراف على النوعية
- حماية حقوق الأفراد وتعزيز أنشطة المناداة بين مستخدمي برنامج الصحة النفسية.

إعلان ألما آتا[١]

نعيد أدناه نشر نص إعلان ألما آتا عن الرعاية الصحية الأولية، وهو الإعلان الذي تبنته حكومات العالم والتزمت تطبيقه. وينبني النص على حق كل إنسان في الصحة وفي الرعاية الصحية الأولية. ورغم انقضاء أكثر من ٢٠ سنة على صدوره ورغم التغيرات الواسعة في العالم، فما زالت الحاجات الصحية الأساسية قائمة، أو أنها ازدادت الحاجة الى مراجعة الأهداف والفرص. فمتى الصحة للجميع في عالم اليوم؟

إن المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية، المنعقد في ألما آتا، في هذا اليوم الثاني عشر من شهر سبتمبر/أيلول، ١٩٧٨، إذ يعرب عن الحاجة الى قيام جميع الحكومات والعاملين في مجالات الصحة والتنمية والمجتمع العالمي، بعمل عاجل لحماية وتحسين صحة كافة شعوب العالم، يصدر بموجب هذا، الإعلان التالي:

أولاً: يؤكد المؤتمر من جديد أن الصحة، التي هي حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً لا مجرد انعدام المرض أو العجز، حق أساسي من حقوق الإنسان وأن بلوغ أرفع مستوى صحي ممكن، هدف لهن أهم الأهداف الاجتماعية على الصعيد العالمي وأن تحقيق هذا الهدف يتطلب بذل جهود من جانب العديد من القطاعات الاجتماعية والاقتصادية الأخرى بالإضافة الى القطاع الصحي.

ثانياً: إن ما يوجد حالياً من تفاوت جسيم في الأوضاع الصحية للشعوب، لاسيما بين البلدان. المتقدمة والنامية وكذلك في داخل البلدان، غير مقبول سياسياً واجتماعياً واقتصادياً، وهو لذلك أمر يسبب القلق لجميع البلدان.

ثالثاً: إن التنمية الاقتصادية و الاجتماعية التي تستند الى نظام اقتصادي دولي جديد ذات أهمية أساسية لتحقيق أقصى قدر من الصحة للجميع، ولتضييق الفجوة في الأوضاع الصحية بين البلدان النامية والمقدمة.

وان تحسين وحماية صحة الشعوب أمر أساسي للتقدم الاقتصادي والاجتماعي المطرد، ويسهم في تحسين نوعية الحياة وفي تحقيق السلام العالمي.

رابعاً: إن للشعوب حقاً وعليها واجباً في المساهمة أفراداً وجماعات في تخطيط وتنفيذ الرعاية الصحية الخاصة بها.

خامساً: الحكومات مسؤولة عن صحة الشعوب، ولا يمكن الوفاء بهذه المسؤولية إلا باتخاذ تدابير صحية واجتماعية كافية. وينبغى أن يكون بلوغ جميع شعوب العالم بحلول عام ٢٠٠٠ مستوى من الصحة يمكنها من أن تحيا حياة منتجة اجتماعية واقتصادياً، هدفاً اجتماعياً رئيسياً للحكومات والمنظمات الدولية والمجتمع العالمي كله في

(١) تعريف ألما آتا للصحة، المؤتمر الدولي حول الرعاية الصحية ١٩٧٨، http://www.phmovement.org/pdf/charter

العقود القادمة، والرعاية الصحية الأ ولية هي المدخل الى تحقيق هذا الهدف، باعتباره جزءاً من التنمية، بروح من العدالة الاجتماعية.

سادساً: إن الرعاية الصحية الأولية، هي الرعاية الصحية الأساسية التي تعتمد على وسائل وتكنولوجيات صالحة عملياً وسليمة علمياً ومقبولة اجتماعياً وميسرة لكافة الأفراد والأسر في المجتمع من خلال مشاركتهم التامة، وبتكاليف يمكن للمجتمع وللبلد توفيرها في كل مرحلة من مراحل تطورها بروح من الاعتماد علل النفس وحرية الإرادة. وهي جزء لا يتجزأ من النظام الصحي للبلد الذي تعد وظيفته المركزية ومحوره الرئيسي، ومن التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة للمجتمع. وهي المستوى الأول لاتصال الأفراد والأسرة والمجتمع بالنظام الصحي الوطني وهر تقرب الرعاية الصحية بقدر الإمكان الى حيث يعيش الناس وتشكل العنصر الأول في عملية منفصلة من الرعاية الصحية.

سابعاً: إن الرعاية الصحية الأولية:

١ – تعكس الظروف الاقتصادية والخصائص الاجتماعية والثقافية والسياسية للبلد ومجتمعاته وانتماؤه لها، وهي تقوم على تطبيق النتائج المناسبة للبحوث الاجتماعية والطبية وبحوث الخدمات الصحية والخبرات م لمكتسبة في مجال الصحة العامة.

٢ – تتصدى لمعالجة المشاكل الصحية الرئيسية للمجتمع، وتقدم تبعاً لذلك خدمات لتحسين الصحة وخدمات وقائية وعلاجية وتأهيلية.

٣ – تشمل على الأقل: التثقيف بشأن المشكلات الصحية السائدة وطرق الوقاية منها والسيطرة عليها، وتوفير الغذاء و تعزيز التغذية الصحيحة، والإمداد الكافر. بالمياه النقية، الاصحاح الأساسي ورعاية الأم والطفل بما في ذلك تنظيم الأسرة والتحصين ضد الأمراض المعدية الرئيسية، والوقاية من الأمراض المتوطنة محلياً ومكافحتها بالعلاج الملائم للأمراض والإصابات الشائعة وتوفير العقاقير الأساسية.

٤ – تشمل بالإضافة الى قطاع الصحة جميع قطاعات وجوانب التنمية الوطنية وتنمية المجتمع، لا سيما الزراعة وتربية الحيوان والغذاء والصناعة والتعليم والإسكان والأشغال العامة والمواصلات وغيرها من القطاعات، وتقتضي بذل جهود منسقة من جميع تلك القطاعات.

٥ – تتطلب وتعمل على تحقيق أقصى قدر من اعتماد المجتمع والأفراد على أنفسهم، ومشاركتهم فى تخطيط لرعاية الصحية الأولية وفي تنظيمها وتنفيذها ومراقبتها، مع الاستعمال الأكمل للموارد المحلية والوطنية وغيرها من الموارد المتاحة. وهي تنمي، تحقيقاً لهذا الفرض، وعن طريق التثقيف الملائم، قدرة المجتمعات على المشاركة.

٦– ينبغي أن تدعم بنظم للإحالة تكون متكاملة وفعالة ويساند بعضها بعضاً، وتؤدي بصورة مطردة الى توفير الرعاية الصحية الشاملة للجميع، وتعطى الأولوية لمن هم أكثر افتقاراً إليها.

٧ – تعتمد، في المستوى المحلي وفي مستوى الإحالة، على العاملين الصحيين، ومن بينهم الأطباء، وعلى توفير الممرضات والقابلات والمساعدين الصحيين – حيثما يكون ذلك ممكن التطبيق – وكذلك على الممارسين التقليديين – حسب الحاجة – ممن قد تلقوا تدريباً اجتماعياً وفنياً مناسباً للعمل بفريق صحي للاستجابة الى الاحتياجات الصحية المحددة للمجتمع.

ثامناً: إن على جميع الحكومات أن تصوغ سياسات واستراتيجيات وخطط عمل وطنية لمباشرة الرعاية الصحية الأولية والمحافظة عليها كجزء من النظام الصحي الوطني الشامل وبالتنسيق مع القطاعات الأخرى. و الضروري تحقيقاً لهذه الغاية، أن تطبق الحكومات إرادتها السياسية وأن تعبئ موارد البلد وأن تستعمل الموارد الخارجية المتوفرة بصورة رشيدة.

تاسعاً: على جميع البلدان أن تتعاون بروح المشاركة والرغبة في الخدمة لتوفير الرعاية الصحية الأولية لجميع الشعوب، إذ أن توفير الصحة للناس في أي بلد آخر ويفيده بصورة مباشرة. وفي هذا الإطار يشكل التقرير المشترك لمنظمة الصحة العالمية واليونيسيف بشأن الرعاية الصحية الأولية، أساساً متيناً لزيادة تطوير الرعاية الصحية الأولية أو تطبيقها في جميع أنحاء العالم.

عاشراً: من الممكن بلوغ مستوى مقبول من الصحة لجميع شعوب العالم بحلول عام ٢٠٠٠، وذلك باستعمال موارد العالم على نحو أكمل وأفضل، تلك الموارد التي ينفق منها الآن جانب كبير على الأسلحة والنزاعات العسكرية. إن سياسة مخلصة للاستقلال والسلام والوفاق ونزع السلاح يمكنها وينبغي لها أن تطلق موارد إضافية، يحسن أن تخصص للأغراض السلمية وبصفة خاصة، للتعجيل بالتنمية الاجتماعية والاقتصادية التي ينبغي أن يخصص للرعاية الصحية الأولية كجزء أساسي منها، نصيب ملائم.

إن المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية يدعو إلى القيام بعمل وطني ودولي عاجل وفعال من أجل تنمية الرعاية الصحية الأولية وتنفيذها في جميع أنحاء العالم وخاصة في البلدان النامية بروح من التعاون الفني وتمشياً مع النظام الاقتصادي الدولي الجديد. ويناشد المؤتمر الحكومات ومنظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) والمنظمات الدولية الأخرى والوكالات الثنائية والمتعددة الأطراف، والمنظمات غير الحكومية، ووكالات التمويل وجميع العاملين الآخرين في الحقل الصحي والمجتمع الدولي بأسره أن يدعموا الالتزام الوطني والدولي بالرعاية الصحية الأولية وأن يقدموا لها مزيداً من الدعم الفني والمالي، وخاصة في البلدان النامية. ويدعو المؤتمر جميع هؤلاء الى التعاون في تطبيق الرعاية الصحية الأولية وتطويرها والمحافظة عليها وفقاً لروح ومحتوى الإعلان.[٢]

المصدر: وثيقة صادرة عن منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للأطفال (اليونيسيف).

(٢) تجمّع صحة الشعوب، ميثاق الشعوب من أجل الصحة، النسخة العربية، ٢٠٠١
http://www.phmovement.org/pdf/charter/phm-pch- arabic.pdf

مؤسسـات عاملة في مجال الصحة النفسية والنفس اجتماعية في البلدان العربية

لبنان

١- منظمة كفى عنف واستغلال

العنوان : بدارو ،شارع ٣٤، بناية بيضون الطابق الأول، بيروت لبنان
الهاتف: ١/٣٩٢٢٢٠-١ (٩٦١+)
الفاكس: ٣٩٢٢٢١-١ (٩٦١+)
بريد الكتروني:lb.org.kafa@kafa
الموقع الكتروني:www.kafa.org

٢ - مركز الخيام لتأهيل ضحايا التعذيب

العنوان : كورنش المزرعة، سنتر رزق، الطابق الثالث، بيروت ،لبنان
الهاتف: ٣٣٧٦١٢ -١ (٩٦١+)
الفاكس: ٣٣٧٦١٢ -١ (٩٦١+)
البريد الالكتروني:krc@khaimcenter.org
الموقع الالكتروني:www.khiamcenter.org

٣ - ريستارت لتأهيل ضحايا العنف

العنوان :برج فتال، شارع البولفار، طرابلس لبنان
الهاتف: ٤١٠٥٧٧ -٦ (٩٦١+)
الفاكس:٤١٠٥٧٧-٦ (٩٦١+)
البريد الاكتروني: restartc@idm.net.lb

٤ - مركز سكون

العنوان : الاشرفية، شارع مونو، بناية ناغلي، الطابق الخامس، بيروت، لبنان
الهاتف: ٢٠٢٧١٤ -١ (٩٦١+)
الفاكس: ٢٠٢٧١٤ -١ (٩٦١+)
البريد الالكتروني: info@skoun.org
العنوان الالكتروني: www.skoun.org

٥ - جمعية تنظيم الأسرة في لبنان

العنوان :كورنيش المزرعة، مقابل شركة البيجو، الطريق العام، بناية المسكن، بيروت، لبنان
الهاتف: ٣١١٩٧٨-١ (٩٦١+)
الفاكس: ٣٠٨٣٨٠-١ (٩٦١+)
البريد الالكتروني: fpaleb@inco.com.lb
الموقع الالكتروني: www.lgfpa.org

٦ - مؤسسة عامل

العنوان :كورنيش المزرعة، بيروت، لبنان
الهاتف: ٣١٧٢٩٣-١ (٩٦١+)
الفاكس: ٣٠٥٦٤٦-١ (٩٦١+)
البريد الالكتروني: info@amel.org.lb
الموقع الالكتروني: www.amel.org.lb

٧- ورشة الموارد العربية

العنوان: شارع إميل إده، بناية دقيق، الحمراء، بيروت، لبنان
الهاتف: ٧٤٢٠٧٥-١ (٩٦١+)
الفاكس:٧٤٢٠٧٧-١ (٩٦١+)
البريد الالكتروني:mho@mawared.org
الموقع الاكتروني: www.mawared.org

٨- المؤسسة الوطنية للرعاية الاجتماعية والتأهيل الوطنى

العنوان: شوران، الحمراء، بيروت، لبنان
الهاتف:٨٥٩٠٧٦-١ (٩٦١+)
الفاكس:٨٥٩٠٧١-١ (٩٦١+)
البريد الالكتروني:niscvt@socialcare.org
الموقع الالكتروني: www.socialcare.org

سوريا

١- مؤسسة الآغا خان
العنوان: ساحة الروضة، شارع عبد القادر الجزائري،
بناء ١٥، دمشق، سوريا
الهاتف: ٣٣٤٣٦١٠-١١ (٩٦٣+)
الفاكس: ٣٣٤٣٦١٣-١١ (٩٦٣+)
بريد الكتروني maher.aboumayaleh@akdn.org
الموقع الكتروني:www.akdn.org

٢- منظمة الصحة العالمية في سوريا
(الصحة النفسية)
العنوان: وزارة الصحة – دمشق، سوريا
الهاتف: ٣٣١١٠١٩-١١ (٩٦٣+)
الفاكس:٣٣١١١١٤/٣٣١١١١٢-١١ (٩٦٣+)
البريد الالكتروني:
الموقع الالكتروني: www.moh.gov.sy

العراق

١ - وزارة التربية/مركز البحوث والدراسات التربوية
العنوان: مدرسة الموهوبين، حي الجامعة، شارع الربيع،
محلة ٦٣٥ بغداد، العراق
الهاتف: ٥٥٨٤١٠ (٩٧٤ +)
الفاكس:٥٥٨٤١٠ (٩٧٤ +)
البريد الاكتروني: wisalaldouri@yahoo.com

٢ - برنامج الوقاية من العنف
العنوان : شارع رباب المعلم، بغداد العراق
الهاتف: ٩٠٢١٨٢٢ (٩٧٤ +)
الفاكس: ٩٠٢١٨٢٢ (٩٧٤ +)
البريد الالكتروني: alhassouni962@yahoo.com

٣ - الدعم النفسي الاجتماعي
للأطفال والعائلات العراقية
العنوان: مجمع اليرموك التعليمي، بغداد، العراق
الهاتف: ٥٠٢٥٠٩٠٠٠٦ (٩٧٤ +)
البريد الالكتروني: alipsych2003@yahoo.com

٤ - كلية الطب-جامعة القادسية/
برنامج الإسناد النفسي الاجتماعي للأطفال
العنوان :محافظة بابل،الحلة المركش
الهاتف: ٤٢٨٧٦٥ (٩٧٤ +)
البريد الالكتروني: alialhamzawi@yahoo.com

مصر

١- برنامج القلب الواعي
العنوان: شارع ١٣ميدان التحرير، القاهرة مصر
الهاتف: ٥٧٩٦٨٤ (٢٠٢+)
الفاكس:٥٧٨٦٣٨٠ (٢٠٢+)
بريد الكترون: contact@arabicrecovery.com
الموقع الكتروني: www.arabicrecovery.com

٢- مركز ستي للتدريب والدراسات
من الإعاقة التابع لجمعية كاريتاس
العنوان: شارع السبع، كلية دلا سال، القاهرة، مصر
الهاتف: ٥٩٠٥١٨٤ (٢٠٢+)
الفاكس:٥٩٠٣١٢٨ (٢٠٢+)
البريد الالكتروني: seti@seticent.org

٣- مركز التدخل المبكر وإعادة التأهيل
العنوان: شارع ٦، حلوان ١٨، القاهرة ،مصر
الهاتف: ٧٦٠٠٤٤١ (٢٠٢+)
الفاكس: ٧٦٤٤٠٠٢ (٢٠٢+)
البريد الاكتروني: reemkabesh@yahoo.com

٤- جمعية التنمية الصحية والبيئية
العنوان: شارع ١٧ بيروت، مصر الجديدة، مصر
الهاتف: ٢٥٦٥٦١٣ (٢٠٢+)
الفاكس: ٢٥٦٥١٢ (٢٠٢+)
البريد الالكتروني: ahed@ahedegypt.org
العنوان الالكتروني: www.ahedegypt.org

٥- كاريتاس-مصر
العنوان: شارع محمود صدقي، خلوص، شبرا، القاهرة، مصر
الهاتف: ٤٣١٠٢٠١ (٢٠٢+)
الفاكس: ٤٣١٠٢١٣ (٢٠٢+)
البريد الالكتروني: caritas@links.net
الموقع الالكتروني: www.caritasegypt.org

٦- إشراق للاستشارات النفسية
العنوان: المعادي، ٧٢ نصر، القاهرة، مصر
الهاتف: ٥١٦٦١٢٦ (٢٠٢+)
الفاكس: ٥١٦٦١٢٦ (٢٠٢+)
البريد الالكتروني: maserelmahrusa@yahoo.com
الموقع الالكتروني: www.mahrosaegypt.com

٧ - برنامج الحرية من الايدز والإدمان
العنوان: المعادي، القاهرة، مصر
الهاتف: ٥٧٤٢٨٥٩ (٢٠٢+)
الفاكس: ٥٧٤٢٨٥٩ (٢٠٢+)
البريد الالكتروني: ehabelkharrat@hotmail.com

المغرب

١- المركز الوطني والاجتماعي «هدف»
العنوان: المغرب
الهاتف: ٣٧٦ ٥٢١٣٨ (٢١٢+)
الفاكس: ٣٧٦ ٥٢١٣٨ (٢١٢+)
البريد الالكتروني: hadaf_association@hotmail.com

٢- الجمعية المغربية للمعاقين جسديا
العنوان: ٢٢ زنقة زمور، باليلا، الرباط، المغرب
الهاتف:٣٧٧٥٤٧٧٢ (٢١٢+)
الفاكس: ٣٧٧٥٤٧٧٢ (٢١٢+)
البريد الالكتروني: makni@menara.ma
الموقع الالكتروني :www.menara.ma

اليمن

١- الجمعية اليمينية للصحة النفسية
العنوان: المعلا، عدن، اليمن
الهاتف:٢٣٦٦٢٢-٢ (٩٦٧+)
الفاكس:٢٤٠١٥٥-٢ (٩٦٧+)
بريد الكتروني: maanymha@yahoo.com
الموقع الكتروني: www.ymha.psy.org

٢- جمعية الخيرية النسوية لمكافحة العنف/ مركز الطفولة الامنة
العنوان: المعلا، عدن، اليمن
الهاتف: ٢٥٨٨٣٩ (٩٦٧+)
الفاكس:٢٥٨٨٣٩ (٩٦٧+)
البريد الالكتروني: saeechild-2@yahoo.com

فلسطين

١- مركز الارشاد الفلسطيني
العنوان: القدس ،فلسطين
الهاتف: ٦٥٦٢٢٧٢-٢ (٩٧٢+)
الفاكس: ٦٥٦٢٢٧١-٢ (٩٧٢+)
البريد الاكتروني: pcc@palnet.com
الموقع الالكتروني: www.pcc-jer.org

٢- برنامج غزة للصحة النفسية
العنوان: غزة
الهاتف: ٢٨٢٥٧٠٠ -٢ (٩٧٢ +)
الفاكس: ٦٥٦٥٥٧١ (٩٧٢ +)
البريد الالكتروني: prl@gcmhp.net
العنوان الالكتروني: www.gcmhp.net

٣- معهد كنعان التربوي الإنمائي
العنوان: شارع الشهداء ،٤٢ الرمال ،غزة ، فلسطين
الهاتف: ٨٢٨٤٦٥١١ (٩٧٢ +)
الفاكس: ٢٨٤٦٥٠١ (٩٧٢ +)
البريد الالكتروني: canaan@p-i-s.org
الموقع الالكتروني: www.canaan.org.ps

٤– جمعية الإغاثة الطبية الفلسطينية
العنوان: رام الله، ص.ب ٨١٦، فلسطين
الهاتف: (٩٧٢ +) ٢٢٩٦٩٩٧٠
الفاكس: ٢٢٩٦٩٩٩٩ (٩٧٢ +)
البريد الالكتروني: jihad@pmrs.org
الموقع الالكتروني: www.pmrs.org

٥- الانروا (وكالة غوث ألاجئين الفلسطيني الدولية)
العنوان: القدس فلسطين
الهاتف: ٥٨٩٠٧٧٤ (٩٧٢ +)
الفاكس: ٢-٢٤٠٦٥١٨ (٩٧٢ +)
البريد الالكتروني: ahadweh@unrwa.org
الموقع الاكتروني: www.unrwa.org

السودان

١- معهد حقوق الطفل
العنوان: شارع ٣ (تترين)، غرب حسن عبد المنعم، الخرطوم، السودان
الهاتف: ٥٧٥٣٧٤ (٢٤٩+)
الفاكس : ٥٧٥٣٧٤ (٢٤٩+)
البريد الالكتروني: sudanchild@hotmail.com

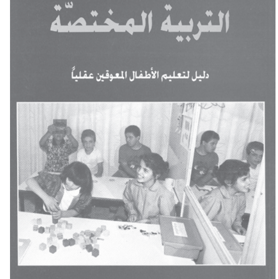
٥- الجمعية السودانية للصحة النفسية
العنوان:جامعة الخرطوم
الهاتف: ١٢٩٣٣٤٤٢ (٢٤٩+)
البريد الالكتروني: annasall@hotmail.com

أنظر أيضاً:

«الدليل الموسع»: دليل المؤسسات العاملة في مجال الصحة النفسية في تسعة بلدان عربية.
www.mawared.org

كتب وأدلّة عمل مفيدة من منشورات ورشة الموارد العربية

التربية المختصة: دليل لتعليم الأطفال المعوقين عقليا



كتاب شامل يقدم معرفة واسعة ويشدد، في الوقت عينه، على الناحية التطبيقية. وهو مهم في ضوء قلة النصوص والكتب المتوافرة باللغة العربية حول الإعاقات عموما، والإعاقة العقلية خصوصا. يساعد هذا الكتاب كل من يعمل مع الأولاد المعوقين على اكتساب معرفة نظرية ضرورية في مجال الإعاقات. و هو يرشد المربية إلى الخطوات الواجب إتباعها في العمل مع المعوقين عقليا وتعليمهم. وهو مرجع للطلاب ومرشد للأهل يساعدهم على فهم الجوانب المختلفة لإعاقة طفلهم ولعقد «شراكة» ضرورية مع المربية او الأخصائي تسمح بأن يكون الجانبان «فريق عمل» واحد.

تأليف: كريستين مايلز.

رعاية الأطفال المعوّقين

دليل شامل للعائلة وللعاملين في إعادة التأهيل وصحة المجتمع

قد يكون هذا الكتاب أهم وأشمل دليل للمعلومات والأفكار الموجهة إلى جميع المعنيين بخير وتقدم الطفل المعوق. وهو مصمم، بشكل خاص، للمناطق التي تفتقر إلى الموارد، للعاملين في رعاية وتعليم وتأهيل الأطفال المعوقين، ولأهل الطفل المعوق وبرامج المجتمع. ثورة من المعلومات والتفاصيل المبسطة المشروحة بأكثر من ٤٠٠٠ صورة ورسم، حول أنواع الإعاقة المختلفة. يتألف من ثلاثة أجزاء تتناول مسائل العمل مع الطفل



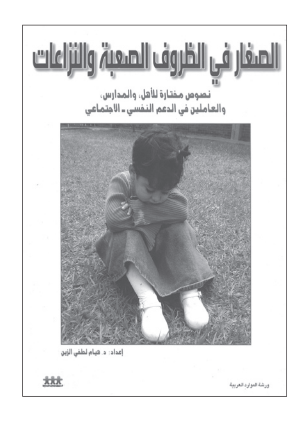
والعائلة ومعلومات حول الإعاقات المختلفة وكيفية مساعدة الأطفال على تطوير أنفسهم والاعتماد على النفس وكذلك العمل في المجتمع والانخراط في إعادة التأهيل والاندماج الاجتماعي والعمل في المشغل والأدوات المساعدة ... إلخ. بالإضافة إلى مراجع مفيدة وقاموس للكلمات الصعبة وكشّاف.



تأليف: ديفيد ورْنِر.

الصغار في الظروف الصعبة والنزاعات

نصوص مختارة للأهل والمدارس والعاملين في الدعم النفسي – الاجتماعي



تسعى هذه المجموعة من المقالات إلى تزويد الأهل والمدارس والعاملين في الدعم النفسي والاجتماعي وغيرهم بالمعلومات الكافية عن الأطفال في الظروف الصعبة والنزاعات. تغطي المجموعة الأوجه المختلفة: آثار الظروف الصعبة على الأطفال وردود الفعل وآليات الدعم اللازمة.

٩ فصول موزعة على الأبواب التالية:

الباب الأول: تعريفات الظروف الصعبة والنزاعات

الباب الثاني: الأطفال في الظروف الصعبة

الباب الثالث: دعم الأطفال في أوقات الأزمات

إعداد د. هيام لطفي الزين

العمل مع الآباء والأمهات في سنوات الطفولة المبكرة : تمارين للتدريب والتعلّم

مورد مهم لجميع العاملين في تطور الطفولة المبكرة ومساندة الأسرة. يحتوي على مجموعة واسعة من التمارين: حول دورات تدريب العاملات في رياض الأطفال، دورات التنشيط والمراجعة، تعزيز مهارات التعامل مع الأهل، تبادل الخبرات والدعم، تحقيق الشراكة بين الروضة والبيت. وهو يتألف من

٩ فصول. إعداد: إريكا دي آت وجيليان بيو.

رزمة المنشط
في العمل مع الأطفال والناشئة من الفتيان والفتيات
(٣ أجزاء)

تسعى هذه الرزمة إلى:
التعريف بمبادئ ومفاهيم نهج «من طفل إلى طفل» وتاريخ تطورها.
استعراض الطرق المختلفة لاستخدام النهج في عمريّ الطفولة والفتوة. التأكيد على أن «من طفل إلى طفل»: نهج حياتي يساعد الإنسان على التعلّم عن نفسه وعما يعيشه ويحيط به، وعلى اكتساب مهارات لمساعدة الآخرين.
نهج يساعدنا في تطوير واكتساب القدرات على العمل مع الأطفال والناشئة وتنشيطهم.
منهجية منطقية في بناء وإدارة عموم المشاريع والبرامج.
تسليط الضوء على ما أضافته الخبرات العربية من تعميق وتوسيع لهذه المبادئ والمفاهيم.
تتألف الرزمة من ثلاثة كتب:
الكتاب الأول:
الجزء ١: مبادئ ومفاهيم النهج
الجزء ٢: العمل مع الأطفال والناشئة
الكتاب الثاني:
الجزء ٣: إدارة المشاريع
الكتاب الثالث:
الجزء ٤: التدريب على النهج
الجزء ٥: الموارد
إعداد: منى سروجي وفريد أنطون وإيلي الأعرج وغانم بيبي ومزنة المصري ومها دمج.

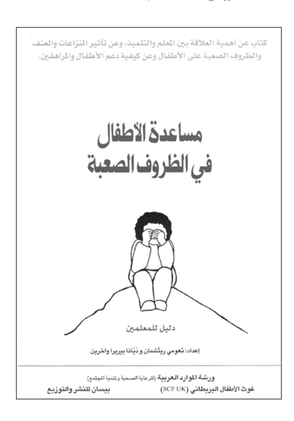
نهج من طفل إلى طفل في التربية الصحّية
كتاب الأنشطة

دليل يحتوي على النصوص الكاملة لأوراق الأنشطة الخاصة بنهج من طفل إلى طفل ويتألف من ثمانية فصول وأهم ما يتضمنه: «كيف تستعمل أوراق الأنشطة» النصوص الكاملة لأوراق الأنشطة في ٨ أبواب:



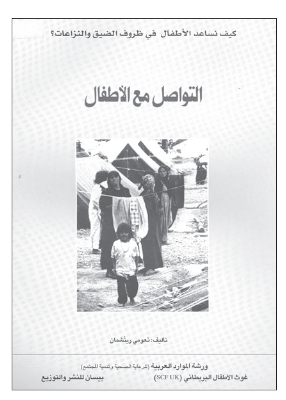
١– نمو الطفل وتطوره؛
٢– التغذية؛
٣– النظافة الشخصية ونظافة المجتمع؛
٤– السلامة؛
٥– اكتشاف الإعاقات ومساعدة المعوقين؛
٦– الوقاية وعلاج الأمراض؛
٧– أساليب الحياة السليمة؛
٨– تفهّم مشاعر الأطفال.

التواصل مع الأطفال
كيف نساعد الأطفال في ظروف الضيق والنزاعات؟



دليل يبحث في المشكلات العملية التي تبرز عند التحدث مع الطفل ومحاولة إقامة اتصال وتواصل معه في ظروف الضيق والنزاعات: كيف نبني الثقة؟ ما العمل عندما نشعر باستياء الطفل أثناء الحديث معه؟ الخ ... يقسم الدليل إلى ١٢ فصلاً مع ملحق حول إدارة ورش العمل ومراجع مفيدة. وتشمل مواضيع الدليل معلومات وخبرات وتمارين في المجالات التالية: إقامة الاتصال، التعارف، الكشف عن المشاعر، التغلب على عقبات الاتصال، تقديم الدعم والنصح، التحدث عن الموت والانفصال، التحدث إلى الأطفال المعوقين، العمل مع مجموعات، التحدث مع العائلة، تنظيم الدعم، إدارة ورشة عمل ... إلخ
تأليف نعومي ريتشمان؛ يمكن تنزيله من موقع ورشة الموارد العربية www.mawared.org

مساعدة الأطفال في الظروف الصعبة: دليل للمعلّمين
كتاب عن أهمية العلاقة بين المعلّم والتلميذ، وعن تأثير النزاعات والعنف والظروف الصعبة على الأطفال وعن كيفية دعم الأطفال والمراهقين.
دليل للمعلمين العاملين مع الأطفال في ظروف العنف والأوضاع القاسية. وهو يساعد على تمييز وفهم الآثار التي تتركها الحروب والنزاعات الاجتماعية والعنفية على



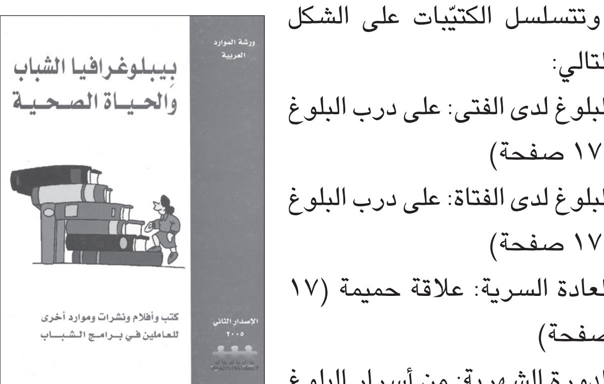
مشاعر الأطفال وتطورهم.
دلّت الخبرة على أنه مفيد في مساعدة جميع الأطفال وكل المعلمين في عملهم اليومي.
خطوة نحو السبل الكفيلة بدعم الأطفال الذين خاضوا تجربة العنف والقسوة، مع تشديد على دور المعلم. يتألف من ٩ أقسام ويحتوي على لائحة بمراجع مفيدة.
إعداد: نعومي ريتشمان وديانا بيريرا وآخرين؛ ترجمة عليا شناعة وقاسم سعد.

ببيليوغرافيا الشباب والحياة الصحية

تترجم قائمة الموارد جهدًا إقليميًا أطلقه «برنامج الشباب والحياة الصحية» بهدف المساهمة في بناء قاعدة بيانات للموارد المتوفرة حاليًا في المنطقة العربية، حول المواضيع المتعلقة بالشباب والمراهقين.
تشرح البيبليوغرافيا ١٢١ موردًا، وتعطي معلومات عن اسم المورد والكاتب أو المترجم، ودار النشر وتاريخ الصدور، بالإضافة إلى ملخص موجز عن محتويات المورد. تقسم البيبليوغرافيا إلى خمسة قوائم هي:
١– قائمة الكتب (١١٥ مدخلاً).
٢– قائمة النشرات: نفس ترتيب القائمة أعلاه.

صحتي بالدنيا: الشباب والحياة الصحية
الصحة الجسدية والجنسية

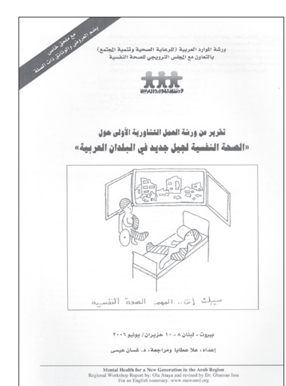
تتألّف الرزمة من ١٣ كتيّباً بالإضافة إلى مرشد الاستعمال وقرص مدمج حول مواضيع الصحّة الجسديّة والجنسيّة. تتوجّه الرزمة إلى الشباب من عمر ١٣ إلى ١٩ سنة والى الأهل والعاملين مع الشباب بهدف تزويد الشباب بالمعرفة والمهارات التي تحصّنهم وتساعدهم على اختيار السلوكيات السليمة. كما تساعدهم على اكتشاف أجسادهم والتعرّف على التغيرات التي يمرون بها خلال سنوات المراهقة وتوجّههم بطريقة علمية إلى الطريق الأسلم لقبول هذه التغيرات.



وتتسلسل الكتيّبات على الشكل التالي:
البلوغ لدى الفتى: على درب البلوغ (١٧ صفحة)
البلوغ لدى الفتاة: على درب البلوغ (١٧ صفحة)
العادة السرية: علاقة حميمة (١٧ صفحة)
الدورة الشهرية: من أسرار البلوغ (١٧ صفحة)
غشاء البكارة: رحلة استكشاف (٩ صفحات)
الحمل والولادة والعقم والإجهاض وتنظيم الأسرة: بداية الحياة (٢٩ صفحة)
الأمراض المنقولة جنسياً: درهم وقاية ولا قنطار علاج (١٧ صفحة)
العناية الشخصية: صحّتك بين يديك (٩ صفحات)
التغذية: وقود الجسم (٢٥ صفحة)
حب الشباب: حب الشباب دليل صحة؟! (١٧ صفحة)
التدخين: هواية أم إدمان (١٧ صفحة)
الرياضة: مضاد اليأس (١٣ صفحة)
الإدمان: حكم مؤبد (١٧ صفحة)
مرشد الاستعمال (٤٠ صفحة) ويشتمل على: ١– قاموس الكلمات الصعبة الواردة في كافة الكتيبات بالإضافة لمعلومات مرجعية حول الجهات المساهمة ومصادر المعلومات المعتمدة.
٢– «رزمة الحياة الصحية في العمل مع الشباب والأهل والعاملين مع الشباب» وهي تتألف من أربعة موارد هي: مورد المعلومات الأساسية للحياة الصحية، والقرص المدمج للمعلومات الأساسية للحياة الصحية، والموقع الالكتروني للحية الصحية والمورد المساعد للأهل والعاملين مع الشباب.
٣– كشاف بأهم المصطلحات الواردة في الكتيبات.
القرص المدمج يحتوي على المادة المرجعية التي اقتبست مادة الأدلة منها بالإضافة إلى قاموس الكلمات الصعبة (نسخة رقمية) وتمارين تفاعلية.

الصحة النفسية لجيل جديد في البلدان العربية:

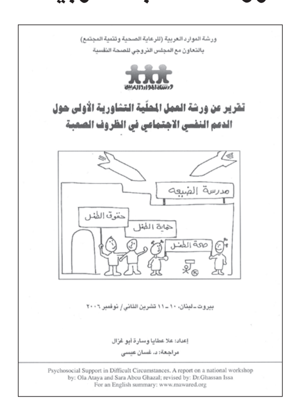
تقرير عن ورشة العمل الإقليمية التشاورية الأولى حول الصحة النفسية مع ملحق خاص يضم العروض والوثائق ذات الصلة بيروت – لبنان ٨–١٠ حزيران/ يونيو ٢٠٠٦. وقائع ورشة العمل الإقليمية التي كانت فسحة لالتقاء عاملين في مجالات الصحة النفسية والاجتماعية في تسعة بلدان عربية



لبحث مفاهيم الصحة النفسية والتنمية الشبابية الايجابية وتحضير أرضية مشتركة تساعد على العمل والتنسيق والتعاون. في التقرير مجموعة رؤى وتساؤلات وتحديات وتوصيات حول مفاهيم وبرامج الصحة النفسية. ويرسم التقرير مسار الورشة وبرنامج العمل وكيفية تشكل مجموعات العمل والرؤى والتحديات ونتائج التقييم الكتابي، ويحتوي على عدد من الملاحق: العروض ونتائج أعمال المجموعات والتوصيات ولائحة بالمشاركين.

إعداد: علا عطايا ود. غسان عيسى

الدعم النفسي الاجتماعي في الظروف الصعبة العربية

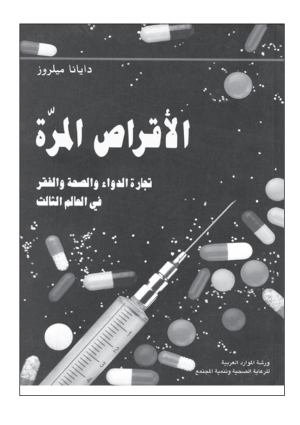


تقرير عن ورشة العمل المحلّية التشاورية مع ملحق خاص يضم العروض والوثائق ذات الصلة بيروت – لبنان١٠– ١١ نوفمبر/تشرين الثاني ٢٠٠٦. يوثّق التقرير وقائع ورشة العمل المحلية التي جمعت عاملين في مجالات الدعم النفسي الاجتماعي، لا سيّما المتطوعين الذي عملوا خلال حرب تموز ٢٠٠٦ ، والتي هدفت إلى تبادل الخبرات والدروس المستفادة والمستوحاة من خلال العمل الميداني، فضلا عن العمل الجماعي لتحديد أبرز التحديات والحاجات وتشارك الموارد والتوصّل إلى رؤية وخطط عمل مشتركة.

إعداد: علا عطايا وسارة أبو غزال ود. غسان عيسى

الأقراص المرّة

تجارة الدواء والصحة والفقر في العالم الثالث



يعدّ الكتاب من أهم النصوص وأولها في مجال ترشيد استخدام الدواء. يتناول أعمال الصناعة الدوائية ويشدد على الحاجة إلى منهاج أكثر عقلانية في إنتاج الأدوية وتسويقها واستهلاكها. يتألف من ١١ فصلاً مرفقة بملاحظات ومصادر ومراجع وفهرس. عرض ممتاز لكثير من «الخرافات» التي تحيط بالأدوية الحديثة، وممارسات الترويج المؤذية في العالم الثالث، بالإضافة إلى توصيات عملية.

تأليف دايانا ميلروز (أوكسفام)؛ ترجمة أحمد حسّان؛ مراجعة وتقديم آمال عبد الهادي.

الطبعة العربية الأولى؛ ١٩٩٢

حماية الطفل في المنظمات :دليل العمل: السياسات والإجراءات

كيف نبني منظمة آمنة للطفل



نشأ دليل الأدوات هذا استجابة للقلق المتزايد الذي تبديه المنظمات الدولية والمحلية في بلدان عدة حيال مستويات إساءة معاملة الأطفال الحاصلة داخل المنظمات الدولية والمحلية. لذلك سهلت منظمة «تشايلدهوب» قيام ورشة عمل في العام ٢٠٠١ لمنظمات دولية عديدة في المملكة المتحدة حول حماية الطفل وإنشاء منظمات آمنة للطفل وذلك بالتعاون في حملة «أوقفوا دعارة الأطفال،وإباحية الأطفال، والاتجار بالأطفال لأغراض جنسية» في استراليا، مستعينة برزمة « اختر بحذر» وقد نجح ذلك في إطلاق مناقشات، بين عدة منظمات وداخلها،تناولت السبل الفضلى للعمل مع المكاتب الخارجية التابعة للمنظمات الدولية والمنظمات الشريكة التي تختص بحماية الطفل

تأليف: ايلانور جاكس وماري فيرنهام

ترجمة : كلود وهبة

الطبعة العربية الأولى ٢٠٠٧

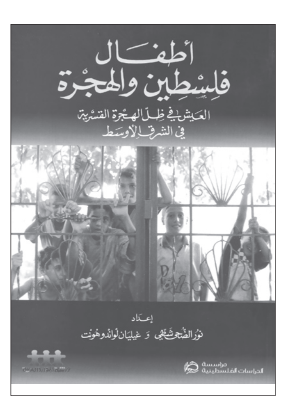
لمعلومات عن موارد وبرنامج الصحة النفسية للصغار ي رجى زيارة موقع ورشة الموارد العربية

www.mawared.org

و/أو الكتابة إلى: ecd@mawared.org

أطفال فلسطين والهجرة

العيش في ظل الهجرة القسرية في الشرق الأوسط



إعداد نور الضّحى شطّي وغيليان لْوانْدو هونْت ترجمة باسم سرحان تبحث هذه الدراسة في ما يحدث للأطفال والفتية عندما يتم اقتلاعهم وعائلاتهم وإجبارهم على مغادرة وطنهم. وبخلاف الدراسات النفسية والطب-نفسية التي تركز على الفرد بمعزل عن الآخرين، تبحث هذه الدراسة في حياة الأطفال والفتية الفلسطينيين في سياق الجماعة العائلية والمجتمع المحلي، وفي سياق الوضع الاجتماعي - الاقتصادي - السياسي القائم. وتستكشف هذه الدراسة كيف تؤدي وقائع الهجرة القسرية السابقة والحالية إلى تغيير شخصية وأفكار الأطفال والفتية... والطرق التي تتأثر بها شعائر الانتقال من الطفولة إلى الرشد بالهجرة القسرية والإفتقار الناجم عنها.

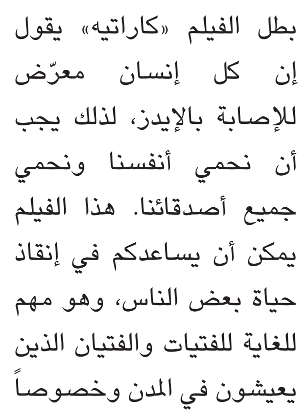
الطبعة العربية الأولى؛ ٢٠٠٨

كاراتيه ورفاقه

ما الذي نريد أن نعرفه عن الإيدز؟

فيلم من المغامرات بالرسوم المتحركة عن مرض الإيدز والوقاية منه، واستغلال الأطفال + دليل تدريب





بطل الفيلم «كاراتيه» يقول إن كل إنسان معرّض للإصابة بالإيدز، لذلك يجب أن نحمي أنفسنا ونحمي جميع أصدقائنا. هذا الفيلم يمكن أن يساعدكم في إنقاذ حياة بعض الناس، وهو مهم للغاية للفتيات والفتيان الذين يعيشون في المدن وخصوصاً المشردين منهم الذين يعيشون في الشوارع والأطفال المعرّضين للاستغلال الجنسي.

(فيديو: ٢١ دقيقة) - متوفّر أيضًا على DVD
١٩٩٦

سن الذهب

مغامرات بالرسوم المتحركة عن مخاطر المخدرات واستغلال الأطفال + دليل لتدريب المدربين



فيلم تشويق ومغامرات من الصور المتحركة للفتيان والفتيات يدور حول الوقاية من تعاطي أو سوء استعمال المواد المخدّرة والحماية منها. هذا الفيلم يمكن أن يلهم كلّ من يرغب في الإصغاء إلى الشباب والشابات (من سن ٨ إلى ١٤) وكلّ من يريد أن يساعدهم. وهو يروي قصة أطفال يعيشون حياة تعرّضهم للمخدرات والكحول والمواد المخدّرة الأخرى. يساعد هذا الفيلم الشبان والشابات على التحدث عن استعمال المواد المخدّرة وعن حياة التشرّد، وقد يساعدهم على طرح أسئلة من نوع:

- كيف ننظر إلى أنفسنا؟
- كيف يمكن أن نحمي أنفسنا؟
- من هم أصدقاؤنا الحقيقيون؟
- كيف يمكن أن نحمي أنفسنا من المخدرات.

(فيديو: ٢٧ دقيقة) - متوفر أيضًا على DVD
١٩٩٦

● كتاب الصحة النفسية لجميع الشباب: أنشطة وتمارين للشباب والعاملين معهم لتعزيز الصحة النفسية في المدارس والمجتمع.

دليل يستهدف المراهقين والشباب، طلاب المرحلة المتوسطة ويهدف إلى زيادة الوعي والمعرفة بمواضيع الصحة النفسية



وخاصة المواضيع التي تهمّ هذه الفئة العمرية مثل الاختلاف والهوية والمشكلات النفسية والخوف من المستقبل. يحوي الكتاب أنشطة و تمارين عملية تساعد الطلاب على تطبيق وفهم الفكرة من خلال عمل المجموعات.

• تقرير الصحة النفسية في تسعة بلدان عربية



هي: لبنان وسوريا ومصر والسودان والعراق واليمن والمغرب وفلسطين والأردن. يبني التقرير على نتائج عملية المسح التي استهدفت البلدان المذكورة آنفا ويلقي الضوء على كافة جوانب الرعاية الصحية النفسية في هذه البلدان: الخدمات ومراكز الرعاية والفئات المستهدفة بالإضافة إلى الحاجات والتحدّيات التي تواجهها المؤسسات والبرامج العاملة في مجال الصحة النفسية.

• دليل المؤسسات العاملة في مجال الصحة النفسية

دليل عن المؤسسات والجمعيات العاملة في مجال الصحة النفسية والاجتماعية في تسعة بلدان عربية (لبنان، سوريا، فلسطين، الأردن، العراق، مصر، المغرب، اليمن والسودان). رتب الدليل وفقاً لتصنيف موضوعي حسب مجال تخصص المؤسسة أو الميدان التي تنشط فيه.

• ببليوغرافيا الصحة النفسية

قاعدة بيانات حول الموارد المعرفية المتوافرة حول موضوعات الصحة النفسية، لوضعها في متناول المنظمات الأهلية والجهات الأخرى العاملة في ميادين الصحة النفسية والتنمية البشرية والمجتمعية وحقوق الإنسان. مرجع للموارد المتعلقة بالصحة النفسية. تغطي الببيلوغرافيا التقارير والكتب والمقالات والنشرات والدراسات وغيرها من مصادر معلومات تتناول موضوع التنمية الايجابية والصحة النفسية بمعناها الشامل: ٥٨٣ مدخلا من التقارير والمقالات والكتب والنشرات والمواقع الالكترونية والمنشورات حول مواضيع الصحة النفسية والتنمية الشبابية بما فيها الموارد الموجودة في ببليوغرافيا الشباب والحياة الصحية. تتوافّر الببليوغرافيا والدليل على شبكة بحث يمكن زيارتها على موقع ورشة الموارد العربية ويتم تطويرها دوريا.

لمعلومات عن موارد وبرنامج الصحة النفسية للشباب،
يرجى زيارة ورشة الموارد العربية أو الكتابة إلى:
mho@mawared.org

مواقع تتناول مواضيع الصحة النفسية على الشبكة الدولية وفي البلدان العربية

هذه قائمة بالمواقع التي وجدناها مفيدة. تتناول مواضيع الصحة النفسية بشكل عام بينما يتخصّص بعضها الآخر بمسائل نفسية ونفس–اجتماعية محدّدة. تجدون المزيد من المواقع ذات الصلة في ببليوغرافيا الصحة النفسية الصادر عن برنامج الصحة النفسية الإقليمي في ورشة الموارد العربية.

www.who.int/topics/mental_health

صفحة تعنى بمواضيع الصحة النفسية على موقع منظمة الصحة العالمية (باللغات الانكليزية والعربية والاسبانية والفرنسية). يحتوي الموقع على معلومات وأخبار جديدة ومستجدّات وإحصائيات وتطوّرات حول مسائل الصحة النفسية والعقلية. كما يحتوي على روابط إلى صفحات تتضمن تفاصيل عن الأنشطة والتقارير ونقاط الاتصال والشركاء المتعاونين مع المنظمة في مختلف برامجها ومكاتبها التي تعمل في هذا المجال. وثمة أيضاً روابط إلى مواقع ومواضيع أخرى ذات صلة.

www.wfmh.org

موقع المنتدى العالمي للصحة النفسية. يوفّر الموقع (باللغة الانكليزية) معلومات مفيدة حول الأنشطة والدراسات والأبحاث والمواد المعرفية المختلفة التي تعنى بمسائل الصحة النفسية عالميا. كما يحتوي الموقع على صلات إلى مواقع مفيدة.

pcc-jer.org

موقع المركز الفلسطيني للإرشاد (باللغتين العربية والانكليزية) الذي يعرض آخر أخبار أنشطة المركز والمؤسسات العاملة في مجال الصحة النفسية في فلسطين. يحتوي الموقع على معلومات وموارد ومقالات وأبحاث، إضافة إلى روابط إلى مواقع أخرى ذات صلة.

www.gcmhp.net/news/index.htm

موقع برنامج غزة للصحة النفسية (باللغتين العربية والانكليزية) الذي يعرض آخر أخبار أنشطة المركز والمؤسسات العاملة في مجال الصحة النفسية في فلسطين. يحتوي الموقع على معلومات وموارد ومقالات وأبحاث ويعرض أبرز أنشطة المركز والجمعيات الشريكة في مجال تعزيز الصحة النفسية، كما يحتوي على روابط إلى مواقع أخرى ذات صلة.

www.iom.int/jahia/jsp/index.jsp

موقع المنظمة الدولية للهجرة (باللغة الانكليزية والفرنسية والاسبانية) الذي يعرض أخبار وأنشطة المنظمة عالميا. يحتوي الموقع أيضا على مجموعة من المطبوعات والموارد والتقارير التي تعنى بالمسائل النفس اجتماعية في ظروف الأزمات والنزوح.

www.autismspeaks.org

موقع منظمة Autism Speaks التي تعنى بموضوع التوحّد. يهدف الموقع (باللغة الانكليزية) إلى نشر المعرفة حول مسائل التوحّد من أجل مساعدة من يعانون من التوحّد والمحيطين بهم وتحسين نوعية حياتهم.

skoun.org

موقع المركز اللبناني للإدمان (سكون) الذي يعنى بمسألة الإدمان ويوفّر كافة خدمات الرعاية عن طريق مقاربة شمولية. يوفّر الموقع (باللغة الانكليزية) معلومات عن المخدرات وغيرها من المواد المدمنة إلى جانب مسألة الإدمان وطرق المعالجة المناسبة عن طريق الوقاية والحماية أولا.

www.idraac.org
موقع مركز إدراك IDRAAC الذي يعنى بالأبحاث والدراسات حول مواضيع الصحة النفسية والطب النفسي في لبنان والبلدان العربية. يوفّر الموقع (باللغة الانكليزية) موارد المعرفة وآخر الأخبار إلى جانب نقاط الاتصال بشركاء المركز وروابط إلى مواقع أخرى.

www.mawared.org/yhl
موقع برنامج الشباب والحياة الصحية في ورشة الموارد العربية (باللغتين العربية والانكليزية). يوفّر الموقع مواد معرفية وأنشطة تفاعلية شيّقة تزوّد الشباب والعاملين معهم بالمعلومات الضرورية لفهم المواضيع المتعلقة بمرحلة المراهقة والتغيّرات المرافقة.

www.wellteens.org
موقع مشروع صحة الشباب الفلسطيني في المخيمات الفلسطينية في لبنان والبلدان العربية. يوفّر الموقع (باللغتين العربية والانكليزية) معلومات وموارد وأنشطة وأخبار للشباب والأهل والعاملين مع الشباب حول مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية والنفسية.

http://www.disabilityresources.org
موقع يوفّر موارد متنوّعة حول مواضيع "الإعاقة" ومعلومات تساعد الأفراد ذوي الاحتياجات الإضافية ومقدّمي الرعاية على تطوير معارفهم ومهاراتهم في هذا المجال.

www.miepvideos.org
موقع مشروع التربية والتثقيف حول الاضطرابات النفسية. يوفّر الموقع (باللغة الانكليزية) مواد معرفية وبرامج مرتكزة إلى الفيديو من أجل زيادة المعرفة والوعي بالمسائل النفسية والاضطرابات النفسية والعقلية ومحاربة الوصمة المرتبطة بها.

بيبليوغرافيا المصادر والمراجع

باللغة العربية (مصادر الطبعة العربية ومصادر أخرى مفيدة):

١. لندع الأطفال يلعبون، أو وظيفة المرافقين في التلقّي والاستيعاب، دراسة في الميدان النفس–اجتماعي كما تراها وزارة الشؤون الاجتماعية والمجلس الأعلى للطفولة، د. شوقي عازوري، كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٧.

٢. دراسة حول التقييم النفس–اجتماعي لحاجات الأطفال والشباب في الجنوب اللبناني وضاحية بيروت الجنوبية بعد حرب تموز ٢٠٠٦، دراسة من تنفيذ مركز إدراك ودعم HI والاتحاد الأوروبي، حزيران/يونيو ٢٠٠٧.

٣. صحيفة الحياة، «خروج علم النفس من العيادة ... الدعم النفسي الاجتماعي في الظروف القاهرة»، علا عطايا، الخميس ١٧ كانون الثاني/ديسمبر ٢٠٠٧.

٤. مركز المعلومات الوطني الفلسطيني، الموقع الالكتروني http://www.pnic.gov.ps/index.html

٥. دليل العاملين الصحيين حول الدعم النفسي الاجتماعي خلال الأزمات، منظمة الصحة العالمية، لبنان، ٢٠٠٦.

٦. دراسة عن تقييم الاحتياجات النفس – اجتماعية للجماعات النازحة (داخليا) والعائدة في لبنان ما بعد حوادث الحرب، المنظمة الدولية للهجرة، وحدة الدمج الثقافي والنفس – اجتماعي، آب/أغسطس – أيلول/يوليو ٢٠٠٦

٧. التخلف الاجتماعي: مدخل إلى سيكولوجيا الإنسان المقهور، د. مصطفى حجازي، المركز الثقافي العربي، ٢٠٠٦.

٨. المخدرات: معرفة أكثر خطر أقل – كتيّب المعلومات. جمعية سكون ووزارة الصحة في لبنان، الطبعة العربية. المطبعة العربية، بيروت www.skoun.org

٩. تجربة الخط التلفوني الساخن للمساعدة النفسية في عدن، الموقع الالكتروني للجمعية اليمنية للصحة النفسية، www.ymha-psy.org

١٠. الدروس المستفادة، ناتالي لوزي ورينوس بابادوبوليس ، المنظمة الدولية للهجرة IOM ، الطبعة الأولى، ٢٠٠٤

١١. العنف ضد المرأة: دراسة سيكولوجية، د. معن عبد الباري قاسم، إصدارات جامعة عدن، اليمن، ٢٠٠٤.

١٢. النساء والنزاع المسلح والفقدان: الصحة النفسية للنساء الفلسطينيات في المناطق المحتلة، فلسطين، مركز الدراسات النسوية، ٢٠٠٤.

١٣. الوضع السكاني في لبنان، د. حلا رزق الله نوفل، شركة المطبوعات للتوزيع والنشر، بيروت، ٢٠٠٣.

١٤. النفس تشكو والجسد يعاني: دليل المرأة العربية في الصحة النفسية، ص: ١٢٠–١٣٦، جمعية نور (جمعية المرأة العربية)، ٢٠٠٣.

١٥. حقوق المريض النفسي بين الطب والدين والقانون بحث من إعداد د. لطفي الشربيني/استشاري الطب النفس على موقع مركز الدراسات أمان، ٢٠٠٣. http://www.aman.org

١٦. منظمة الصحة النفسية، إدارة الصحة النفسية والإدمان، الصحة النفسية في حالات الطوارئ، ٢٠٠٣.

١٧. الآثار النفسية المترتبّة للجيتو الاسرائيلي ضد الشعب الفلسطيني، المركز الفلسطيني للارشاد، ٢٠٠٣.

١٨. منظمة الصحة النفسية، ادارة الصحة النفسية والإدمان، الصحة النفسية في حالات الطوارئ، ٢٠٠٣.

١٩. الأسس الثقافية النفسية والتربوية في مواضيع الصحة الإنجابية، د. مريم سليم. مشروع الصحة الإنجابية في وزارة الشؤون الاجتماعية في لبنان بالتعاون مع صندوق الأمم المتحدة للسكان، بيروت، ٢٠٠٢.

٢٠. سيكولوجية النمو عند الطفل والمراهق، د. توما جورج خوري، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر، بيروت، ٢٠٠٠.

٢١. الصحة النفسية: منظور دينامي تكاملي للنمو في البيت والمدرسة، د. مصطفى حجازي، المركز الثقافي العربي، بيروت، ٢٠٠٠ .

٢٢. المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض: تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، ١٩٩٩.

٢٣. الأمراض النفسية وعلاجها دراسة في مجتمع الحرب اللبنانية، الدكتور محمد احمد النابلسي، مركز الدراسات النفسية ط٣ ١٩٩٩.

٢٤. إعلان الجمعية العالمية للطب النفسي (إعلان مدريد)، ١٩٩٦ www.wpanet.org

٢٥. إعلان الأمم المتحدة لحقوق المرضى النفسيين، ١٩٩٥ www.ijpm.org

٢٦. جماعة من الباحثين الفلسطينيين والنروجيين، المجتمع الفلسطيني في غزة والضفة الغربية والقدس العربية: بحث في الأوضاع الحياتية، مؤسسة الدراسات الفلسطينية، بيروت، لبنان، ١٩٩٤.

٢٧. مصطفى حجازي، الفحص النفسي، مبادئ الممارسة النفسية: تقنياتها، خطواتها واشكالياتها. دار الفكر اللبناني، ١٩٩٣.

٢٨. التطوّر المعرفي عند جان بياجيه، موريس شربل، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت،١٩٩١، ص:٣٧–٣٨

أنظر أيضا الملحق : كتب وأدلّة عمل مفيدة من منشورات ورشة الموارد العربية

أو عبر الموقع: www.mawared.org

الانكليزية

- Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC.

- The Lancet, "Prevalence and treatment of mental disorders in Lebanon: a national epidemiological survey", Volume 367, Number 9515: 1000-1006, March 2006.

- World Psychiatry. Mental Health consequences of war: a brief review of research findings 2006 February; 5(1): 25-30.

- WHO-AIMS Report on Mental Health System in Morocco, WHO and Ministry of Health, Rabat, Morocco, 2006.

- Mohit, Report of WHO's World Mental Health Survey (March 2006). The Lancet, Volume 367 Issue 9515 Pages 968-969.

- WHO definition of mental health, WHO Medical Center. www.who.int/mediacenter/factsheet.html

- Jene-Lopez et al. What makes mental health promotion effective? Promotion and Education, 2005(2): 47-54.

- Committee on the Rights of the Child, UN, 12 May 2005, Geneva.

- WHO, "World Health Report Mental Health: New Understanding, new hope", Geneva, WHO.

- Response International, October 2005. Mental Health Needs Assessment in Palestinian Refugee Camps, Lebanon, Final Report.

- Coker EM. Selfhood and social distance: Toward a cultural understanding of psychiatric stigma in Egypt. *Social Sciences and Medicine*, 2005.

- Promoting Mental Health: Strategy & Action Plans, Department of Health, Social Services & Public Safety, January 2003. www.dhsspsni.gov.uk.

- Prevention and Treatment, American Psychological Association, 2003(6):16. (www.journals.apa.org/prevention/volume6.html).

- Maziak W, Asfar T, Mzayek F, Fouad FM and Kilzieh N. Socio-demographic correlates of psychiatric morbidity among low-income women in Aleppo, Syria. Social Science and Medicine, 2002, 54(9), 1419-27.

- Journal of Public Health Medicine, Mental health needs in Palestine (2002), 4, pp. 27-30. Gaza Community Mental Health Programme, Abdel Hamid Afana, Samir Qouta and Eyad El Sarraj.

- WHO country profiles, Republic of Yemen (2001).

- Okasha, A. "Global burden of depression." Paper given at the meeting on "Globalization of psychiatry, international perspectives." Cairo, November, 2000.

- Michigan State University (1998-1999), Outreach Partnerships Best Practice Briefs, No2.

- Okasha A. Karam E. (1998) Mental health services and research in the Arab World. *Acta Psychiatr Scand*. 98: 406-413.

- Durlak JA & Wells Am (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a Meta analysis. American Journal of Community Psychology, 25(2): 115-152.

- Pittman K. et al. (1995) Preventing Problems or Promoting Development: Competing Priorities or Inseparable Goals? Center for Youth Development and Policy Research, Academy for Educational Development.

- Prevention Institute, Shifting the Focus: An Interdisciplinary Approach to Advancing Violence Prevention. (www.preventioninstitute.org/shiftstrength.html).

- Okasha, A. (1993). "Psychiatry in Egypt". Psychiatric Bulletin, 17, 548-551.

بيبليوغرافيا المصادر والمراجع

باللغة الإنجليزية (مصادر الطبعة الأصلية):

Burns, A. A., Lovich, R., Maxwell, J. & Shapiro, K. (1997) *Where Women Have No Doctor*. Berkley, CA: Macmillan Education.

Graham, P. & Hughes, C. (1997) *So Young, So Sad, So Listen*. London: Gaskell/West London Health Promotion Agency.

Heise, L., Ellsberg, M. & Gottemoeller, M. (1999) *Ending Violence Against Women*. Population Reports, Series L, No 11. Baltimore: Johns Hopkins School of Public Health.

Hope, R. A., Longmore, J. M., Moses, P. A. H. & Warrens, A. N. (1989) *Oxford Handbook of Clinical Medicine*. Oxford: oxford University Press.

Hyman, S. E. & Tesar, G. E. (1994) *Manual of Psychiatric Emergencies*. Boston: Little, Brown.

Issac, M., Chandrashekar, C.R. & Murthy, R. S. (1994) *Mental Health Care by Primary Care Doctors*. Bangalore: NIMHANS.

Murthy, P., Chandra, P., Bharath, S., Sudha, S. & Murthy, S. (1998) *Manual of Mental Health Care for Women in Custody*. Bangalore: Nimhans.

Murthy, R. S., Chandrashekar, C. R., Nagarajaiah, I. M. K., Parthasarthy, R. & Raghuram, A. (1988) *Manual of Mental Health Care for Multipurpose Health Workers*. Bangalore: ICMR Centre for Advanced Research on Community Mental Heath, NIMHANS.

National Institute for the Mentally Handicapped (1988) M*ental Retardation: A Manual for Guidance Counsellors*. Secunderabad: NIMH.

Shader, R. (1994) *Manual of Psychiatric Therapeutics* (2nd edn). Boston: Little, Brown.

Taylor, D. & Kerwin, R. (1995) *The Bethlem & Maudsley NHS Trust Prescribing Guidelines* (2nd edn). London: Maudsley Hospital.

US Department of Education, *Growing Up Drug Free: A Parent's Guide to Prevention*. Washington, DC: US Department of Education.

Werner, D. (1994*a*) *Where There is No Doctor: A Health Care Handbook* (Indian edn). New Delhi: Voluntary Health Association of India.

Werner, D. (1994*b*) *Disabled Village Children* (Indian edn). New Delhi: Voluntary Health Associations of India.

World Health Organization (1992) *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guideline for Use in Primary Health Care*. *Geneva: WHO*.

World Health Organization (1996) Diagnostic and Management Guidelines for Mental Disorders in Primary Care. Seattle: Hogrefe & Huber.

World Health Organization (1998) *Mental Disorders in Primary Care*. *A WHO Education Package*. Geneva: WHO.

World Health Organization (2000) *Guide to Mental Health in Primary Care (UK Adaptation)*. London: Royal Society of Medicine Press.

Zeidenstein, S. & Moore, K. (1996) *Learning About Sexuality*. New York: Population Council & The International Women's Health Coalition. (For domestic violence).

أوراق موزَّعة وكراسات:

The Carrier Foundation *About* ... booklet series. New Jersey: Carrier Foundation.

The Mind *Understanding* Series. London: Mind Publications (1997).

The Mind *How to ... Find Out More* mental health promotion series. London: Mind Publications/Gaskell (1997).

Child and Adolescent Psychiatry Information Factsheets. London: Royal College of Psychiatrists.

World Health Organization and Alzheimer's Disease International. *Alzheimer's Disease: Help for Caregivers*.

Toronto Child Abuse Centre. *Information Packages on Child Abuse and Domestic Violence*.

الكشـــاف

- أ -

الاعتداء الجنسي ١٥٢ ـ ١٥٨

- ش -

- ص -

- ع -

- ف -

- هـ -

- و -